

BES

Boletín Epidemiológico Semanal



MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL

Semana epidemiológica 49
4 al 10 de diciembre de 2022

**Gestión del riesgo de emergencias en salud pública:
un abordaje integral para la identificación de alertas,
su valoración y la respuesta.**



Colombia, 30 de noviembre de 2022

Gestión del riesgo de emergencias en salud pública:
un abordaje integral para la identificación de alertas,
su valoración y la respuesta, Colombia,
30 de noviembre de 2022



Situación nacional

Los eventos en salud pública con mayor
frecuencia y el cumplimiento de la
notificación de las entidades territoriales.



Mortalidad

Número de casos notificados al Sivigila,
por eventos de interés en salud pública



Eventos trazadores

Vigilancia en el comportamiento rutinario,
siendo un indicador de brotes o emergencias
en salud pública.

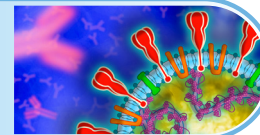


Brotes

Actualidad a nivel
internacional y nacional



Situación
COVID-19
Colombia



Tablas de mando por departamento

Resume la vigilancia rutinaria, permite
identificar brotes en salud pública.

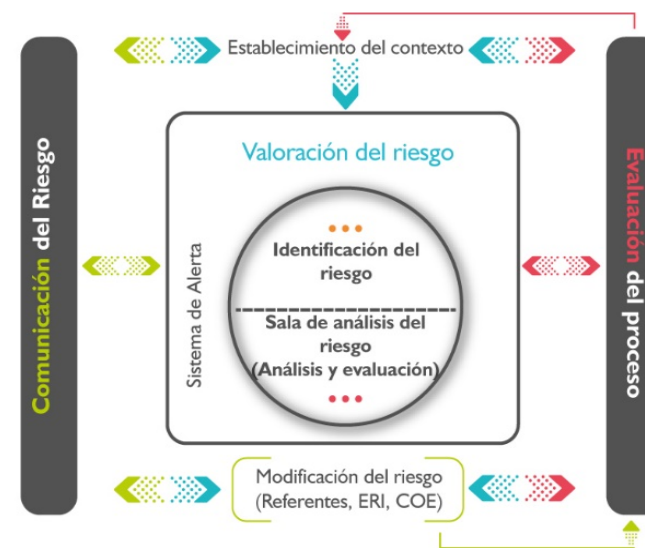


Los recientes eventos de interés en salud pública a nivel mundial y regional como la Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por (viruela símica) o los focos de Influenza Aviar Altamente Patógena (IAAP) en aves en países de la región de las Américas, han generado alertas en la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud, para la atención de estos eventos dentro del marco de la gestión del riesgo. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) hace un llamado a los países miembros para la notificación obligatoria de estos eventos, para así desplegar una respuesta efectiva y coordinada, activando sistemas de alerta temprana.

Los diferentes eventos de interés en salud pública de importancia nacional o internacional ponen a prueba el sistema de vigilancia en salud pública, el cual debe evaluar las amenazas y las vulnerabilidades de cada territorio. Estos procesos fortalecen los conocimientos y las respuestas, preparando la respuesta para eventos de mayor magnitud.

El Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo ha realizado la adaptación, adopción e integración de la norma Icontec ISO 31000 de Gestión del Riesgo, que opera continuamente para la valoración, análisis y modificación de riesgos, que puede ser utilizada por cualquier operador público o privado (1); con base en lo anterior, el proceso de gestión del riesgo en salud pública del INS está determinado por etapas: el establecimiento del contexto, la identificación y valoración del riesgo (que incorpora el Sistema de Alerta Temprana – SAT) y la modificación o respuesta al riesgo identificado. Así mismo, de manera paralela realiza un proceso de evaluación y comunicación, que se efectúa en cada etapa del proceso (Figura 1).

Figura 1. Etapas de la Gestión del Riesgo en Salud Pública, Colombia, 2022



Fuente: Abecé para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública, 2022(2)

El Sistema de Alerta Temprana- SAT se encuentra activo 24/7, por medio de un profesional encargado del registro y clasificación inicial de las señales o alertas procedentes de la vigilancia basada en indicadores, cuya fuente principal de información son los datos de la notificación inmediata y super inmediata al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), el Sistema de información para la Vigilancia en el Laboratorio Nacional de Referencia (Sivilab) y un profesional que se encarga de la búsqueda y rastreo de señales basado en información de otras fuentes, como el monitoreo de medios de comunicación y redes sociales, así como el seguimiento a las tendencias de búsquedas en internet a través de palabras clave. Recientemente se incorporó a este proceso, con apoyo de OPS/OMS, el rastreo de señales utilizando la herramienta en línea EIOS - “Epidemic Intelligence from Open Sources”.

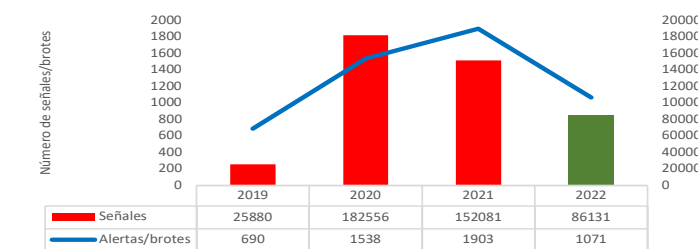
Tema central
Situación Nal.
Mortalidad
Trazadores
Brotes
COVID-19
Tablas

Estas señales requieren verificación y registro, y si se consideran alertas o brotes graves por su posible repercusión para la salud pública, pueden ser llevadas a espacios de Salas de Análisis del Riesgo (SAR). A estos espacios se convocan todos los niveles involucrados en la situación y se aplica un proceso de valoración del riesgo; se emite un concepto para las actividades de modificación del riesgo, que pueden ser entre otras: la generación de un Reporte de Situación (SITREP), el desplazamiento de Equipos de Respuesta Inmediata o la activación de estructuras de manejo de incidentes, en el Centro de Operaciones de Emergencia, Eventos, Brotes y Epidemias en Salud Pública (COE-ESP) (3).

El SITREP incluye lo relevante de la situación actual, los avances en las actividades y los pendientes, y permite la comunicación directa con las instituciones que participan en la toma de decisiones y despliegue de actividades de respuesta, principalmente con el Centro Nacional de Enlace (CNE), que es el punto focal para el RSI en el Ministerio de Salud y Protección Social.

Hasta el 30 de noviembre de 2022 el SAT del INS identificó a través de las actividades de inteligencia epidemiológica 86 131 señales, el 75 % corresponden a información captada por Google Alerts, notificación inmediata de los eventos priorizados en el Sivigila, los boletines epidemiológicos y tableros de control de comportamientos inusuales que emiten los referentes técnicos de los eventos bajo vigilancia. Comparado con 2021 y 2020, se ha identificado una disminución en el número de señales captadas por el SAT (43 % y 52 % respectivamente), explicado principalmente por la reducción en la identificación de señales relacionadas con COVID-19 en las diferentes fuentes de información formales e informales. De las señales identificadas 1 071 se clasificaron como alertas o brotes priorizados (Figura 2).

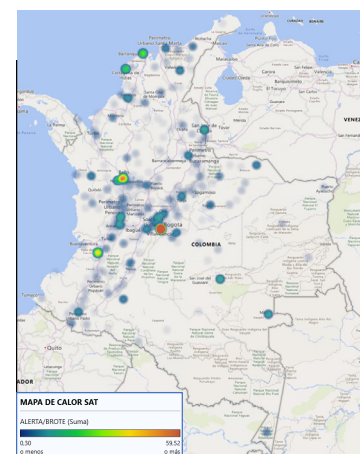
Figura 2. Señales, alertas y brotes registrados en el SAT, INS, Colombia, 2019-2022



Fuente: SAT, Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata

La mayor frecuencia de alertas o brotes captados por el SAT corresponde a los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos o agua (15 %), seguido de los brotes por COVID-19 (12,6 %) y los brotes por intoxicaciones por sustancias químicas (12,2 %). Es importante tener en cuenta que este registro se realiza de acuerdo con la priorización y no corresponde al total de brotes o alertas presentadas para los eventos. En cuanto a los departamentos o distritos donde más se registran alertas, se encuentran: Bogotá D. C (18,76 %), Antioquia (8,59 %) y Cundinamarca (6,90 %) (Mapa 1).

Mapa 1. Mapa de calor de frecuencia de la ocurrencia de alertas y brotes, Colombia, SAT-INS, 2022



Fuente: SAT, Grupo de Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata

En el marco de las actividades de valoración del riesgo, durante 2022 se han realizado 92 SAR con acompañamiento de las entidades territoriales de salud (ETS), de las cuales el 30,4 % (28) se convocaron con el fin de analizar los primeros casos de mpox presentados en algunas entidades territoriales, o para analizar alguna situación particular del evento. El 20,7 % (19) se realizaron para analizar comportamientos inusuales de COVID-19 y el 7,6 % para seguimiento a brotes de enfermedad de Chagas aguda y focos de influenza aviar en aves de traspatio. Estos mecanismos de valoración y análisis de información permitieron el desarrollo de 76 reportes de situación por el nivel nacional y el despliegue de 26 equipos de respuesta inmediata nacionales.

Los equipos de respuesta inmediata del nivel nacional se desplegaron a las ET para apoyar las investigaciones de campo o fortalecimiento de capacidades básicas locales en los incidentes de mpox (10 ERI), influenza aviar altamente patógena en aves de traspatio (7 ERI), tosferina en comunidad indígena (6 ERI) y apoyo a seguimiento a actividades de vigilancia en salud pública en alojamientos temporales de emergencia en la subregión de La Mojana (3 ERI).

El incidente por Mpox requirió la activación del COE-ESP del INS a partir del 26 de julio y hasta el 19 de octubre de 2022, poniendo en marcha los procedimientos del Sistema Manejo Incidentes y el Plan de Acción de Incidente, lo que permitió articular la respuesta y el enlace a nivel territorial con las SAR e internamente con el trabajo en diferentes niveles; por ejemplo, la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública y la Dirección de Redes en Salud Pública, que permitió comunicar en tiempo real la información y actualización de protocolos, lineamientos, valoración del riesgo para despliegue de equipos de respuesta inmediata y para ampliación de la red de diagnóstico; la Dirección de Investigación en Salud Pública, que realizó el análisis y secuenciación del genoma completo del virus, brindando información útil sobre las relaciones filogenéticas de los virus circulantes en el país con los demás genomas reportados durante el brote y así lograr evidenciar la circulación de al menos 10 sublinajes durante la emergencia

Es importante continuar con el fortalecimiento e integración de fuentes de información en el SAT y los espacios de análisis como las SAR a nivel nacional y subnacional, fortalecer los procesos de capacitación técnica y de trabajo en campo de los ERI que permita hacer más eficientes los procesos de intervención y control en el nivel territorial. También es importante mantener en ese nivel las capacidades básicas para la vigilancia en salud pública, que hacen referencia a la preparación y planeación ante los riesgos, operación de la vigilancia, comunicación del riesgo, respuesta a brotes y epidemias y la articulación intersectorial, para lo cual la Dirección de Vigilancia y análisis del Riesgo en Salud Pública ha realizado acompañamiento a las ET para fortalecer la documentación de los procesos de gestión del riesgo, a través de una actividad de asistencia técnica denominada “Transferencia del Proceso de Preparación y Respuesta” y en articulación con la Organización Internacional de las Migraciones, dotar con insumos y equipos tecnológicos los espacios de las Salas de Análisis del Riesgo en 22 Entidades territoriales.

Referencias bibliográficas

- 1.ISO 31000:2018(es), Gestión del riesgo – Directrices [Internet]. [citado 10 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:es>
- 2.Franklyn Prieto Alvarado, Alarcón, Angela, Díaz, Jorge Luis. ABECE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO COLECTIVO EN BROTES, EPIDEMIAS Y EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. :48.
- 3.Franklyn Prieto Alvarado, Alarcón, Angela, Díaz, Jorge Luis . Etapa 2 Valoración del riesgo e integración de fuentes-enfoque-SAR.pdf [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/ImagenesBanner/ABECE-GESTION-DEL-RIESGO-COLECTIVO/Etapa-2-Valoracion-del-riesgo-e-integracion-de-fuentes-enfoque-SAR.pdf>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

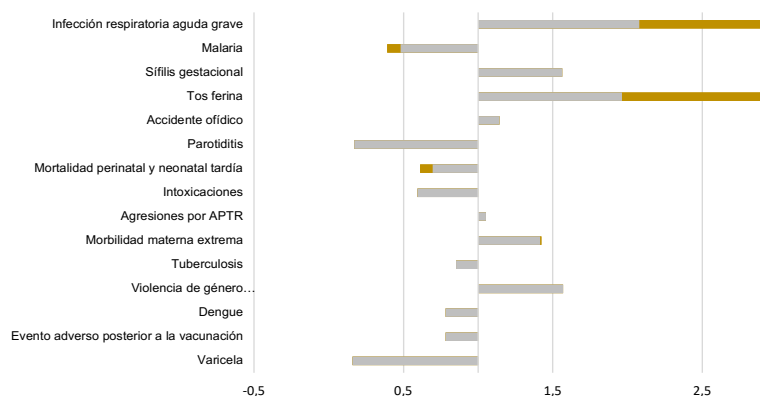
SITUACIÓN NACIONAL

Tablero de control del análisis de datos de la vigilancia

Para el análisis de los eventos de mayor notificación en el país, se compara el valor observado en la semana epidemiológica correspondiente, con una línea de base de referencia, que está conformada con la información de esos eventos reportados en 15 intervalos de tiempo de al menos cinco años anteriores. Para el análisis se excluyó el 2020 como año atípico en el comportamiento de la gran mayoría de eventos. Desde la semana epidemiológica 23 se incluye en este grupo el análisis de tuberculosis, violencia de género e intrafamiliar y evento adverso posterior a la vacunación.

A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2016 a 2021, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. De esta forma, se identifica que en la semana epidemiológica 49 de 2022, la notificación de infección respiratoria aguda grave, tos ferina y morbilidad materna extrema, se encuentran por encima de lo esperado, mientras que los eventos malaria y mortalidad perinatal y neonatal tardía, se encuentran por debajo de lo esperado. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento histórico de la notificación (Figura 3).

Figura 3. Comparación de la notificación de casos de eventos priorizados, de alta frecuencia, según su comportamiento histórico. Colombia, a semana epidemiológica 49 de 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022.

Para el análisis de los eventos de baja frecuencia o raros donde se asume que ocurren de manera aleatoria en el tiempo, se calcula la probabilidad de ocurrencia de cada evento según su comportamiento medio anterior, que para efectos de este análisis es el promedio de casos de 2015 a 2019. Con un nivel de confianza de $p < 0,05$ se determina si existen diferencias significativas entre lo observado y lo esperado.

A partir de la semana 14, se realizan las comparaciones con las vigencias 2016 a 2021, dada la atipicidad presentada para la vigencia 2020. Para la semana epidemiológica 49 de 2022, los eventos leptospirosis, mortalidad por dengue y mortalidad por IRA 0-4 años, se encuentran por encima de lo esperado, mientras que la leishmaniasis cutánea, Zika, sarampión, chicunguña, mortalidad materna, rubéola, lepra y eventos adversos graves posterior a la vacunación, presentan disminución significativa relacionada con el comportamiento histórico de la notificación. Los demás eventos se encuentran dentro del comportamiento esperado (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de casos notificados de eventos priorizados, de baja frecuencia, según su comportamiento histórico, Colombia, a semana epidemiológica 49 de 2022

Evento	Observado	Esperado	p
Leptospirosis	33	7	0,00
Mortalidad por dengue	6	2	0,00
Mortalidad por IRA 0-4 años	12	8	0,04
Leishmaniasis cutánea	3	108	0,00
Zika	7	28	0,00
Sarampión	8	29	0,00
Chicunguña	1	6	0,01
Mortalidad materna	3	9	0,02
Rubéola	1	6	0,02
Lepra	1	5	0,02
EAPV	3	7	0,04
Sífilis congénita	25	23	0,07
Tuberculosis farmacoresistente	3	4	0,17
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0	2	0,20
Mortalidad por EDA 0-4 años	2	3	0,22
Leishmaniasis mucosa	0	1	0,30

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022.

Cumplimiento en la notificación

Para esta semana la notificación recibida por el Instituto Nacional de Salud correspondiente a las Unidades Notificadoras Departamentales y Distritales (UND) fue del 100 %; presentando un aumento del 2,63 %

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

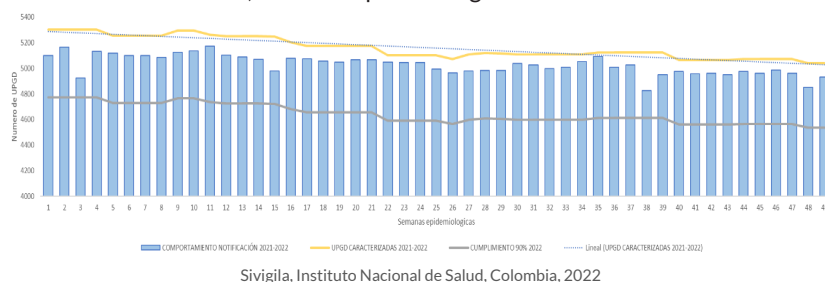
respecto a la semana anterior y presentando el mismo cumplimiento de la semana del 2021. El país cumplió con la meta para esta semana en este nivel de información.

El reporte de las unidades notificadoras municipales (UNM) a nivel nacional fue del 100 % (1 122 / 1 122 UNM), presentando el mismo cumplimiento (100 %) respecto a la semana 49 de 2021 y presentando un aumento del 0,18 % respecto a la semana anterior del presente año. El país cumplió con la meta del 97 %.

El cumplimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) esta semana fue de 97,9 % (4 933 / 5 041 UPGD); aumentó 1,7 % respecto a la semana anterior y disminuyó 0,6 % respecto a la semana 49 del 2021. El país cumplió con la meta para la notificación de UPGD.

A continuación, se presenta el comportamiento histórico de la notificación por semana epidemiológica correspondiente a la vigencia 2021-2022. Se observan las UPGD caracterizadas, el comportamiento en la notificación y el cumplimiento respecto a la notificación de casos (meta 90 %). En la semana de análisis se evidencia el cumplimiento del número mínimo de UPGD que deben notificar (Figura 4).

Figura 4. Cumplimiento de la notificación por UPGD, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49 de 2022



MORTALIDAD

Mortalidad en menores de 5 años por eventos priorizados

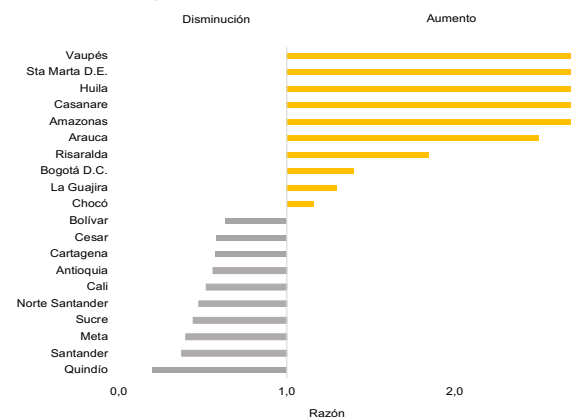
Esta semana se notificaron 22 muertes en menores de cinco años: 16 probablemente asociadas a infección respiratoria aguda, tres probablemente asociadas a desnutrición y tres casos por enfermedad diarreica aguda.

Mortalidad por infección respiratoria aguda

Esta semana se notificaron 16 muertes probablemente asociadas a infección respiratoria aguda en menores de cinco años, 12 casos correspondientes a esta semana y cuatro de semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron 11 casos.

En la semana epidemiológica (SE) 49 se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Chocó, La Guajira, Bogotá D. C., Risaralda, Arauca, Amazonas, Casanare, Huila, Santa Marta D. E. y Vaupés en comparación con el histórico notificado en la misma semana de 2014 a 2019, mientras que, en Quindío, Santander, Meta, Sucre, Norte de Santander, Cali, Antioquia, Cartagena, Cesar y Bolívar se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Figura 5. Entidades territoriales con variaciones significativas en los casos notificados por muertes por Infección Respiratoria Aguda a semana epidemiológica 49 de 2022 en comparación con el histórico 2014 a 2021, Colombia*



- Tema central
- Situación Nal.
- Mortalidad
- Trazadores
- Brotes
- COVID-19
- Tablas

Mortalidad por desnutrición

Se notificaron tres muertes probablemente asociadas a desnutrición en menores de cinco años, un caso correspondiente a esta semana y dos casos correspondientes a semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron cuatro casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Amazonas, Arauca, Barranquilla, Bolívar, Cesar, Chocó, La Guajira, Meta, Santa Marta D. E. y Tolima en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 49 entre 2014 a 2019, mientras que en Córdoba y Nariño se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Mortalidad por enfermedad diarreica aguda

Se notificaron tres muertes probablemente asociadas a enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, dos casos correspondientes a esta semana y un caso correspondiente a semanas anteriores. Para la misma semana epidemiológica de 2021 se notificaron cuatro casos.

Para esta semana se observó un aumento en el número de casos en las entidades territoriales de Casanare y La Guajira en comparación con el histórico correspondiente a semana epidemiológica 49 entre 2014 a 2019, mientras que, en Antioquia, Chocó y Meta se observó disminución. En las entidades territoriales restantes no se observaron variaciones.

Para el análisis de los datos se establecen los comportamientos inusuales en cada entidad territorial en la semana epidemiológica respectiva. Se compara el número de casos observados acumulados en cada clase de caso (IRA, EDA o DNT) con la mediana del periodo histórico correspondiente. Se comprueba la significancia estadística de la diferencia entre el valor observado y el valor histórico con un valor de $p < 0,05$ con la prueba de Poisson lo que identifica las entidades territoriales que presentan aumentos o disminuciones estadísticamente significativos.

Mortalidad materna

La mortalidad materna se clasifica en: muerte materna temprana, correspondiente a las ocurridas durante el embarazo, parto y hasta los 42 días de terminada la gestación; muerte materna tardía que corresponde a las ocurridas desde el día 43 hasta un año de terminada la gestación; y muerte materna por causas coincidentes, que corresponde a las muertes por lesión de causa externa.

Siguiendo los estándares de la OMS, el cálculo de la razón de muerte materna en el país se realiza exclusivamente con las muertes maternas tempranas.

A semana epidemiológica 49 de 2022 se han notificado 241 casos de muertes maternas tempranas, 112 muertes maternas tardías y 50 casos de muerte por causas coincidentes (Tabla 2).

Tabla 2. Mortalidad materna según tipo de muerte, Colombia, semana epidemiológica 49, 2019 a 2022

Año	Tipo de muerte			Total
	Temprana	Tardía	Coincidente	
2019	280	144	54	478
2020	381	142	37	560
2021	440	133	39	612
2022	241	112	50	403

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020-2022

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a la semana epidemiológica 49 es de 40,1 muertes por cada 100 000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna más alta se observó en las entidades territoriales de Vichada (281,2); Chocó (171,4) y Vaupés (141,6) con más de 100 casos por cada 100 000 nacidos vivos (Tabla 3).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Tabla 3. Razón de mortalidad materna según entidad territorial de residencia, Colombia, semana epidemiológica 49 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de MM por 100 000 nacidos vivos
Vichada	5	281,2
Chocó	12	171,4
Vaupés	1	141,6
Amazonas	1	93,4
Nariño	14	88,8
La Guajira	19	78,8
Magdalena	12	75,8
Santa Marta	6	75,4
Cesar	16	68,8
Bolívar	11	60,4
Córdoba	14	54,2
Cartagena	9	51,2
Cauca	9	49,4
Boyacá	6	48,9
Arauca	2	46,2
Norte de Santander	10	44,9
Colombia	241	40,1
Quindío	2	39,6
Barranquilla	7	33,7
Sucre	5	33,6
Atlántico	6	33,0
Bogotá	22	32,9
Risaralda	3	30,6
Cundinamarca	9	28,1
Antioquia	19	27,2
Tolima	4	25,7
Cali	5	23,2
Huila	4	23,1
Putumayo	1	21,2
Meta	3	20,0
Caquetá	1	15,3
Caldas	1	12,7
Valle del Cauca	1	5,3
Santander	1	3,9
Buenaventura	0	0,0
Casanare	0	0,0
Guainía	0	0,0
Guaviare	0	0,0
San Andrés y Providencia	0	0,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 - DANE, Estadísticas Vitales preliminar 2020

Para la semana epidemiológica 49 de 2022, comparado con el promedio histórico, se observó disminución significativa en las muertes maternas tempranas en las entidades territoriales de Antioquia, Atlántico, Buenaventura, Caldas, Casanare, Cundinamarca, La Guajira, Meta, Santander y Valle del Cauca. En las restantes entidades territoriales no se observaron variaciones estadísticamente significativas (Tabla 4).

Tabla 4. Entidades territoriales con comportamientos inusuales de mortalidad materna temprana respecto al promedio 2018-2021, Colombia, semana epidemiológica 49 de 2022

Entidad territorial de residencia	Valor observado	Valor histórico	Poisson
Antioquia	19	31	0,006
Atlántico	6	14	0,010
Buenaventura	0	5	0,005
Caldas	1	5	0,041
Casanare	0	4	0,018
Cundinamarca	9	20	0,003
La Guajira	19	29	0,014
Meta	3	9	0,018
Santander	1	12	0,000
Valle del Cauca	1	8	0,002

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2018-2022
Las demás entidades territoriales no presentaron comportamientos inusuales.

En cuanto a las causas básicas de las muertes maternas tempranas el 58,9 % corresponden a causas directas y el 40,2 % a causas indirectas. La principal causa de muerte materna directa corresponde a trastorno hipertensivo asociado al embarazo con el 27,8 % (Tabla 5).

Tabla 5. Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49 de 2022

Razón /Causa agrupada	Casos	%
DIRECTA	142	58,9
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	67	27,8
Hemorragia obstétrica	43	17,8
Sepsis relacionada con el embarazo	22	9,1
Embolia de líquido amniótico	5	2,1
Otras causas directas: Embarazo ectópico	3	1,2
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	2	0,8
INDIRECTA	97	40,2
Evento tromboembólico como causa básica	18	7,5
Otras causas indirectas	14	5,8
Otras causas indirectas: cáncer	12	5,0
Sepsis no obstétrica	12	5,0
Otras causas indirectas: trastornos cardíacos	10	4,1
Sepsis no obstétrica: neumonía	9	3,7
Otras causas indirectas: neumonía por COVID-19	6	2,5
Desconocida/indeterminada	4	1,7
Otras causas indirectas: lupus	3	1,2
Otras causas indirectas: tuberculosis	2	0,8
Otras causas indirectas: diabetes	2	0,8
Otras causas indirectas: dengue	1	0,4
Otras causas indirectas: malaria	1	0,4
Otras causas indirectas: VIH	1	0,4
Otras causas indirectas: anemia de células falciformes	1	0,4
Otras causas indirectas: epilepsia	1	0,4
EN ESTUDIO	2	0,8

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022

Para el análisis de los comportamientos inusuales, por ser la mortalidad materna un evento de baja frecuencia, se usa la distribución de probabilidades de **Poisson** por medio de la estimación de la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio entre el 2018 y 2021.

Mortalidad perinatal y neonatal tardía

A semana epidemiológica 49 de 2022, se han notificado 7 974 casos de muerte perinatal y neonatal tardía (MPNT) de los cuales 113 corresponden a casos residentes en el exterior por lo que no se incluyen en el análisis. En esta semana se notificaron 141 casos, 104 corresponden a esta semana y 37 a notificaciones tardías.

A la semana epidemiológica analizada la razón preliminar nacional de mortalidad perinatal y neonatal tardía es de 13,1 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, en la tabla 1 se observa que en 15 entidades territoriales la razón es superior a la del país. Las cinco entidades territoriales con las razones más altas son Chocó (28,8); Amazonas (20,5); Vichada (18,6); La Guajira (18,5) y Vaupés (18,4).

Tabla 6. Número de casos y razón de mortalidad perinatal y neonatal tardía por entidad territorial de residencia, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49 de 2022

Entidad territorial de residencia	Número de casos	Razón de Mortalidad perinatal y neonatal tardía por 1 000 nacidos vivos
Chocó	202	28,8
Amazonas	22	20,5
Vichada	33	18,6
La Guajira	446	18,5
Vaupés	13	18,4
Arauca	77	17,8
Buenaventura	81	17,2
Cartagena	289	16,5
Atlántico	280	15,4
Córdoba	396	15,3
San Andrés y Providencia	10	14,7
Cauca	263	14,4
Meta	208	13,9
Putumayo	64	13,6
Santa Marta	107	13,4
Colombia	7861	13,1
Bolívar	238	13,1
Cali	281	13,0
Guainía	16	13,0
Casanare	79	12,8
Barranquilla	266	12,8
Quindío	64	12,7
Risaralda	124	12,7
Bogotá	843	12,6
Sucre	184	12,4
Magdalena	196	12,4
Caldas	97	12,4
Cesar	286	12,3
Cundinamarca	387	12,1
Nariño	190	12,0
Antioquia	841	12,0
Norte de Santander	265	11,9
Guaviare	16	11,7
Huila	201	11,6
Boyacá	138	11,2
Valle del Cauca	205	10,9
Tolima	159	10,2
Santander	242	9,4
Caquetá	52	8,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 (Datos preliminares). DANE, Estadísticas Vitales, Cifras nacimientos preliminares, septiembre 2021

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

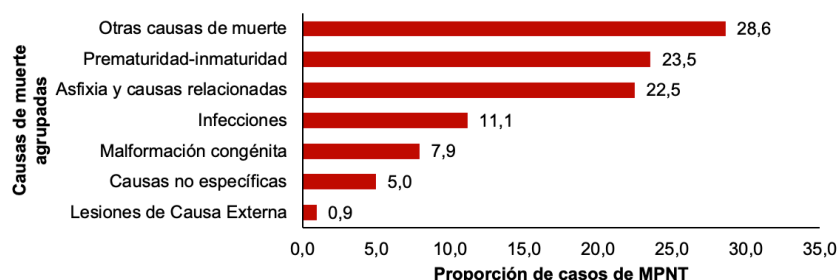
COVID-19

Tablas

Según el momento de ocurrencia de la muerte, la mayor proporción son muertes perinatales anteparto con 46,8 % (3 682) seguido de neonatales tempranas con 27,8 % (2 183); neonatales tardías con 15,9 % (1 246) y perinatales intraparto con 9,5 % (749).

De acuerdo con las causas de muerte agrupadas se observó la mayor proporción en: *otras causas de muerte* 28,6 %, corresponden principalmente trastornos de origen neonatal y materno, seguido de prematuridad-inmadurez con el 23,5 % y asfixia y causas relacionadas con el 22,5 % (Figura 6).

Figura 6. Proporción de causas de muertes perinatales y neonatales tardías por causas de muerte agrupadas, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49 de 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022 (Datos preliminares).

En lo observado en la semana de análisis, en comparación con lo notificado entre 2017 y 2021, se presenta un incremento en la notificación en Guaviare, este comportamiento podría estar explicado por las acciones de búsqueda activa institucional que realiza el equipo de vigilancia territorial. Por otra parte, se presenta un decremento en la notificación de Antioquia, Barranquilla, Cesar y Córdoba; comportamiento que podría ser explicado por el subregistro en la notificación de las muertes a Sivigila, respecto al número de muertes certificadas en el Registro Único de Afiliados a la Protección Social (RUAF). Las demás entidades territoriales se encuentran dentro de los rangos esperados.

Dado que el evento tiene una alta frecuencia en notificación y se cuenta con una línea de base estable de más de cinco años, se realiza el análisis de los comportamientos inusuales a través del método: *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) del *Center for Disease Control and Prevention* (CDC). Este se basa en la comparación del comportamiento actual del evento en el último periodo epidemiológico (valor observado) con el resultado del promedio de 15 periodos históricos alrededor de ese periodo de evaluación, la ventana histórica de estimación contempla los cinco años previos al año de análisis (Coutin G, Borges J, Batista R, Feal P, Suárez B. Método para el análisis del comportamiento observado de enfermedades seleccionadas con relación al comportamiento histórico. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2000;38(3):157-66).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

EVENTOS TRAZADORES

Infección respiratoria aguda

En la semana epidemiológica 49 a nivel nacional se identificó aumento en la notificación de la morbilidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en las atenciones de consulta externa y urgencias, y se observó disminución en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios (UCI/UCIM) (tabla 7).

Tabla 7. Notificación morbilidad por Infección Respiratoria Aguda por tipo de servicio en Colombia, semanas epidemiológicas 48, 2021 y 2022

Tipo de servicio	2021 semana 49	2022 semana 49	Variación
Consulta externa y urgencias	4 696 045	7 363 724	56,8 Aumento
Hospitalización en sala general	252 735	277 594	9,8 Ninguna
Hospitalización en UCI / UCIM	72 876	36 255	-50,3 Disminución

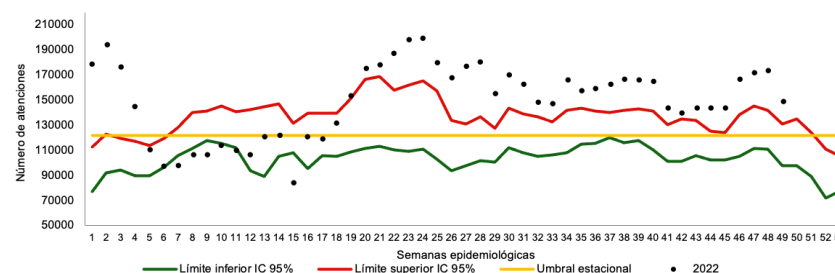
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021 a 2022

En Colombia, a semana epidemiológica 49 de 2022, se han notificado 7 363 724 atenciones por consulta externa y urgencias por IRA, presentando incremento frente a lo notificado en la misma semana de 2021 con el 56,8 %; 81,0 % frente a 2020 y del 15,2 % respecto a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación de los últimos siete años, se observó incremento en Antioquia, Atlántico, Barranquilla, Bogotá, Cali, Casanare, Chocó, Córdoba, Cundinamarca, La Guajira, Meta, Risaralda, Santander, Santa Marta, Valle del Cauca, Vaupés y Vichada. Se presentó disminución en Guainía. En las 20 entidades territoriales restantes no se presentaron comportamientos inusuales.

En las últimas 4 semanas (46 a 49) se han notificado 662 780; en este período por grupos de edad los adultos de 20 a 39 años representan el 27,7 % (183 848); seguido por el de 5 a 19 años con el 17,8 % (117 825). La mayor proporción de consultas externas y de urgencias por IRA sobre el total de consultas por todas las causas, se presentó en niños de 2 a 4 años con el 15,8 % seguido de los niños menores de un año con 14,6 %.

En el canal endémico las consultas externas y urgencias por IRA en las primeras cuatro semanas del año se ubicó por encima del límite superior histórico, desde la semana 05 y hasta la 12 se situó en zona de seguridad por debajo del umbral estacional. A partir de la semana 13 (exceptuando la semana 15), se observó por encima del umbral estacional y para en las semanas 46 a 49 se observó incremento comparado con la semana 45 (figura 7).

Figura 7-. Canal endémico de consultas externas y urgencias por infección respiratoria aguda, Colombia, semana epidemiológica 49, entre 2015 y 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2022

Se notificaron 277 594 hospitalizaciones por IRAG en sala general, comparado con lo notificado a la misma semana de 2021, el comportamiento es similar, con una variación del 9,8 %. Se observa incremento del 48,9 % con respecto a 2020 y del 29,7 % frente a 2019. Teniendo en cuenta el comportamiento de la notificación de los últimos siete años, se presentó disminución en Guaviare, Quindío y San Andrés, e incremento en Amazonas, Antioquia, Arauca, Barranquilla, Bogotá, Bolívar Boyacá, Buenaventura, Casanare, Cauca, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Meta, Nariño, Putumayo, Risaralda, Santander, Tolima, Valle del Cauca y Vaupés. No se presentaron comportamientos inusuales en 13 entidades territoriales.

En las últimas cuatro semanas (46 a 49) se han notificado 22 392 hospitalizaciones por IRAG en sala general; por grupos de edad, los niños menores de un año representan el 23,3 % (5 029); seguido de los niños de dos a cuatro años con el 19,0 % (4 255). La mayor proporción de

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

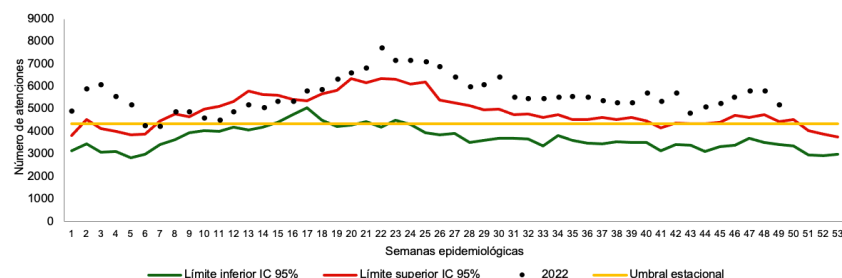
COVID-19

Tablas

hospitalizaciones en sala general por IRAG, sobre el total de hospitalizaciones por todas las causas, se presentó en niños de un año con el 28,6 %; seguido por los niños de dos a cuatro años (25,3 %).

En el canal endémico, las hospitalizaciones por IRAG en sala general para las primeras cinco semanas del año se ubicaron por encima del límite histórico establecido; para la sexta, séptima y décima, se ubicaron por debajo del umbral estacional; de las semanas 11 a la 22 se presentó un incremento sostenido por encima de este umbral; desde la semana 17 y hasta la semana actual, se observaron por encima del límite superior (figura 8).

Figura 8. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semana epidemiológica 49, entre 2015 y 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2014 a 2022

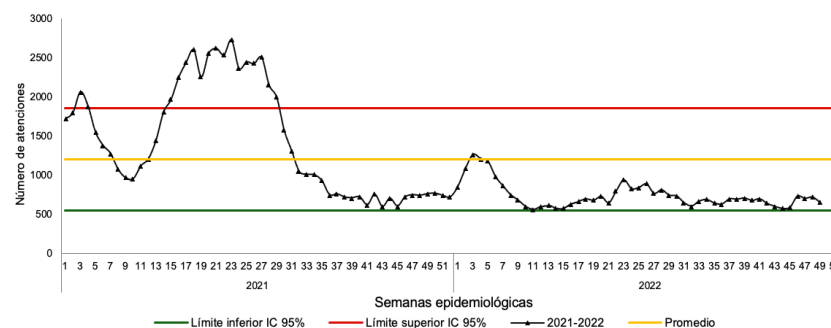
Se notificaron 36 255 hospitalizaciones por IRAG en UCI / UCIM, presentando disminución del 50,3 % respecto a 2021; 20,4 % con relación a lo notificado en la misma semana en 2020, y aumento del 76,6 % en 2019. Se presentó disminución en las entidades territoriales de Arauca, Cali, César y Tolima. Se presentó aumento en 24 entidades territoriales y no se presentaron comportamientos inusuales en Amazonas, Atlántico, Buenaventura, Cartagena, Guainía, Huila, La Guajira, San Andrés, Vaupés y Vichada.

Para el período comprendido entre las semanas 46 a 49 se han notificado 2 795 atenciones por IRAG en unidad de cuidados intensivos. Por grupos de edad; los adultos mayores de 60 años representaron el 32,9 % (920); seguido por los menores de un año con el 30,2 % (844). La mayor

proporción de hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios, sobre el total de hospitalizaciones en UCI por todas las causas, se presentó en niños de 2 a 4 años el 32,9 %; seguido de los niños de un año con el 29,9 %.

Comparado con los años 2020 y 2021, las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios, se encontraron por debajo del umbral estacional, con una disminución gradual a partir de la semana epidemiológica 04. Desde la semana 10 se ubicaron muy cerca del límite inferior establecido con un ligero incremento en las semanas 22 y 23 sin observarse variación significativa; en las semanas 46 a 49 se observó un incremento frente a la semana anterior (figura 9).

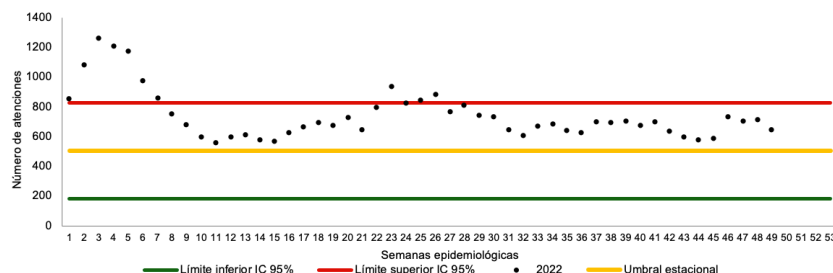
Figura 9. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos, Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 52, entre 2020 y 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2020 a 2022.

Comparado con el promedio de los años 2016 a 2020 las hospitalizaciones por IRAG en UCI e intermedios en las primeras siete semanas estuvieron por encima del límite histórico, a partir de la semana ocho se encuentran por debajo de este límite, pero por encima del umbral estacional y a partir de la semana 16 presentaron un incremento sostenido hasta 23, en donde se sobrepasó el límite superior histórico hasta la semana 26; desde la semana 27 y hasta la actual se ubicaron de manera oscilante por encima del umbral estacional (figura 10).

Figura 10. Comportamiento de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en unidades de cuidados intensivos semana 49, Colombia, entre 2016 y 2020



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016 a 2022.

METODOLOGÍA:

Vigilancia de morbilidad por IRA: los canales endémicos para consultas externas y urgencias y hospitalizaciones en sala general se realizaron con la metodología de Bortman con los datos de la morbilidad por infección respiratoria aguda mediante el cálculo de la media geométrica de los años 2014 a 2019 y el intervalo de confianza.

Para las hospitalizaciones por IRAG en UCI / se construyó gráfico de control mediante el cálculo del promedio, la desviación estándar y el intervalo de confianza de los dos años anteriores; y adicional se construyó un gráfico de control utilizando el comportamiento histórico 2016-2020

Dengue

En la semana epidemiológica 49 de 2022 se notificaron 2 227 casos probables de dengue: 1 124 casos de esta semana y 1 103 casos de semanas anteriores. En el sistema hay 64 877 casos, 30 374 (46,8 %) sin signos de alarma; 33 244 (51,2 %) con signos de alarma y 1 259 (2,0 %) de dengue grave.

En Colombia, los casos de dengue proceden de 32 departamentos y 5 distritos, distribuidos en 770 municipios. Las entidades territoriales de Barranquilla, Meta, Sucre, Casanare, Bolívar, Atlántico, Córdoba, Cesar, Cartagena, Tolima, La Guajira, Cali, Norte de Santander, y Antioquia aportan el 78,3 % (50 787) de los casos a nivel nacional (tabla 8).

Tabla 8. Casos notificados de dengue por entidad territorial de procedencia y clasificación en Colombia, semanas epidemiológicas 01 a 49 de 2022

Entidad territorial	Dengue		Dengue grave		Total	
	n	%	n	%	n	%
Barranquilla	5227	8,2	116	9,2	5343	8,2
Meta	5070	8,0	35	2,8	5105	7,9
Sucre	4663	7,3	108	8,6	4771	7,4
Casanare	3868	6,1	49	3,9	3917	6,0
Bolívar	3723	5,9	95	7,5	3818	5,9
Atlántico	3561	5,6	184	14,6	3745	5,8
Córdoba	3592	5,6	78	6,2	3670	5,7
Cesar	3509	5,5	91	7,2	3600	5,5
Cartagena	3055	4,8	71	5,6	3126	4,8
Tolima	3050	4,8	36	2,9	3086	4,8
La Guajira	2781	4,4	81	6,4	2862	4,4
Cali	2805	4,4	40	3,2	2845	4,4
Norte de Santander	2636	4,1	36	2,9	2672	4,1
Antioquia	2172	3,4	55	4,4	2227	3,4
Santander	1857	2,9	33	2,6	1890	2,9
Arauca	1371	2,2	5	0,4	1376	2,1
Huila	1156	1,8	36	2,9	1192	1,8
Valle del Cauca	1181	1,9	9	0,7	1190	1,8
Caquetá	1039	1,6	9	0,7	1048	1,6
Magdalena	920	1,4	16	1,3	936	1,4
Chocó	792	1,2	13	1,0	805	1,2
Putumayo	671	1,1	3	0,2	674	1,0
Cundinamarca	663	1,0	10	0,8	673	1,0
Guaviare	647	1,0	6	0,5	653	1,0
Nariño	616	1,0	5	0,4	621	1,0
Cauca	509	0,8	6	0,5	515	0,8
Santa Marta	483	0,8	7	0,6	490	0,8
Amazonas	454	0,7	1	0,1	455	0,7
Buenaventura	307	0,5	1	0,1	308	0,5
Exterior	251	0,4	8	0,6	259	0,4
Boyacá	197	0,3	3	0,2	200	0,3
Caldas	178	0,3	2	0,2	180	0,3
Quindío	147	0,2	4	0,3	151	0,2
Guainía	141	0,2	2	0,2	143	0,2
Risaralda	135	0,2	2	0,2	137	0,2
Archipiélago de San Andrés	110	0,2	0	0,0	110	0,2
Vichada	75	0,1	2	0,2	77	0,1
Vaupés	6	0,0	1	0,1	7	0,0
Total	63 618	100	1 259	100	64 877	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

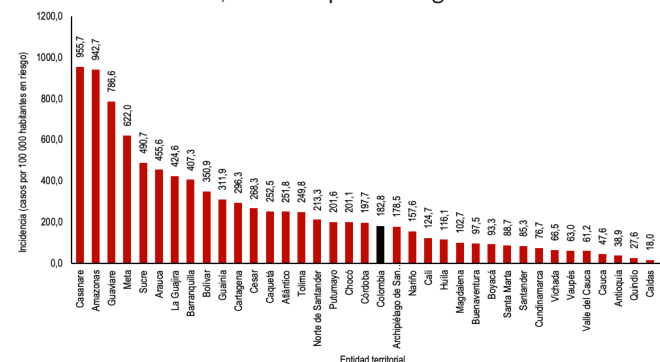
El 60,1 % (38 984) de los casos de dengue se reportaron en 43 municipios con mayor frecuencia en: Barranquilla con el 8,2 % (5 343); Cartagena con el 4,8 % (3 126); Cali con el 4,4 % (2 845); Yopal – Casanare con el 2,9 % (1 897); Villavicencio – Meta con el 2,8 % (1 796); Sincelejo – Sucre con el 2,7 % (1 744); Soledad – Atlántico con el 2,6 % (1 703); Cúcuta – Norte de Santander con el 2,2 % (1 434); Montería – Córdoba con el 1,8 % (1 198); Espinal – Tolima (1 062), Acacías – Meta (1 040) y Valledupar – Cesar (1 038), con el 1,6 % cada uno; El Carmen de Bolívar – Bolívar con el 1,4 % (936); Maicao – La Guajira con el 1,3 % (832); Riohacha – La Guajira (802) y Arjona – Bolívar (801), con el 1,2 % cada uno; Saravena – Arauca (726), Neiva – Huila (712) Santiago de Tolú – Sucre (708), con el 1,1 % cada uno; Corozal – Sucre, con el 1,0 % (632).

Se hospitalizó al 84,7 % (28 173) de los casos de dengue con signos de alarma y al 96,5 % (1 215) de los casos con dengue grave. Con respecto a la hospitalización de los casos de dengue con signos de alarma, Vaupés alcanzó porcentajes de hospitalización del 100 % de los casos, mientras que las entidades que hospitalizaron menos del 70,0 % de los casos son: Valle del Cauca, Magdalena, Vichada, Bolívar, Quindío y Chocó. Las entidades notificadoras en las que no se registró hospitalización del 100 % de los casos de dengue grave fueron: Sucre, Córdoba, Barranquilla, Atlántico, Norte de Santander, La Guajira, Cali, Tolima, Santander, Antioquia, Cesar, Bolívar, Caquetá, Santa Marta y Arauca.

A semana epidemiológica 49 de 2022 se han confirmado el 66,5 % (43 111) de los casos de dengue notificados. Según clasificación, se confirmó el 75,9 % (25 239) de los casos de dengue con signos de alarma y 88,9 % (1 119) de los casos de dengue grave. Las entidades que han confirmado el 100 % de los casos de dengue con signos de alarma notificados son Chocó y Vaupés; mientras que, Amazonas, Boyacá, Caquetá, Cauca, Chocó, Guainía, Magdalena, Nariño, Putumayo, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca y Vichada han confirmado el 100 % de los casos de dengue grave notificados.

La incidencia nacional de dengue es de 182,8 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. En las entidades de Casanare, Amazonas, Guaviare, Meta, Sucre, Arauca, La Guajira y Barranquilla, se estiman tasas de incidencia superiores a 400 casos por 100 000 habitantes (figura 11).

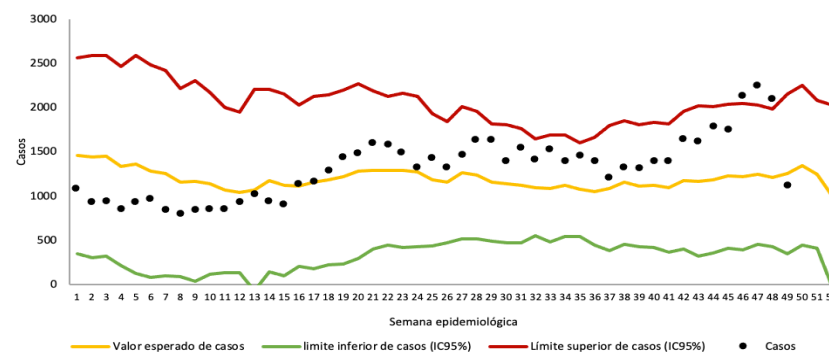
Figura 11. Incidencia de dengue por entidad territorial de procedencia en Colombia, semana epidemiológica 49 de 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022

A semana epidemiológica 49 de 2022, el evento a nivel nacional se encuentra en situación: **brote**, comparado con su comportamiento histórico (figura 12).

Figura 12. Canal endémico nacional de dengue en Colombia, semana epidemiológica 49 de 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2021

De acuerdo con el canal endémico, la situación epidemiológica evidencia que 11 entidades territoriales se encuentran dentro de lo esperado; 13 entidades se encuentran en situación de alerta y 13 entidades presentan casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico (tabla 9).

Tabla 9. Comportamiento epidemiológico de dengue por entidad territorial de procedencia, Colombia, semanas epidemiológicas 47 a 49 de 2022

Comportamiento epidemiológico	Entidad territorial			
Por debajo de lo esperado				
Dentro del número esperado de casos	Antioquia	Boyacá	Cali	
	Cundinamarca	Guainía	Huila	
	Quindío	Risaralda	Valle del Cauca	
	San Andrés, Providencia y Santa Catalina		Vichada	
Situación de alerta	Buenaventura	Caldas	Caquetá	
	Cesar	Córdoba	Magdalena	
	Nariño	Norte de Santander	Putumayo	
	Santa Marta	Santander	Tolima	
	Vaupés			
Por encima del número esperado de casos	Amazonas	Arauca	Atlántico	
	Barranquilla	Bolívar	Cartagena	
	Casanare	Cauca	Chocó	
	Guaviare	La Guajira	Meta	
	Sucre			

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2021

A semana 49 de 2022 se han notificado 237 muertes probables por dengue, de los que se han confirmado 46 muertes procedentes de: Cesar con 13 casos; La Guajira con 6 casos; Bolívar con 5 casos; Atlántico, Córdoba, Magdalena y Sucre, con 3 casos cada uno; Meta y Santander, con 2 casos cada uno; Cali, Casanare, Norte de Santander, Putumayo, Tolima y Exterior con 1 caso cada uno. Se descartaron 119 casos y se encuentran en estudio 72 muertes procedentes de: La Guajira con 9 casos; Cartagena con 7 casos; Antioquia con 6 casos; Barranquilla con 5 casos; Meta, Córdoba y Cesar, con 4 casos cada uno; Huila, Casanare y Bolívar, con 3 casos cada uno; Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander, Chocó, Buenaventura, Atlántico y Arauca, con 2 casos cada uno; Vaupés, Sucre, Santa Marta, Quindío, Nariño, Guaviare, Cundinamarca, Cauca, Cali y Amazonas, con un caso cada uno.

Metodología

Se realizó un informe descriptivo de los casos notificados durante la semana epidemiológica 49 de 2022, teniendo en cuenta las variables de tiempo, persona y lugar contenidas en la ficha de datos básicos y complementarios del evento de dengue, dengue grave y mortalidad por dengue (Código INS 210, 220 y 580). Los indicadores se presentan en distribuciones de frecuencias en figuras y tablas.

El canal endémico nacional y el análisis de comportamiento epidemiológico por entidad territorial se realizó con la metodología de medias geométricas (Marcelo Bortman), estableciendo los siguientes límites de control: **por debajo de lo esperado**, número de casos menor al límite inferior IC95 %; **dentro de lo esperado**, número de casos entre el límite inferior y la media geométrica IC95%; **en alerta**, número de casos entre la media geométrica y el límite superior IC95 %, e **incremento por encima de lo esperado**, número de casos por encima del límite superior IC95 %.

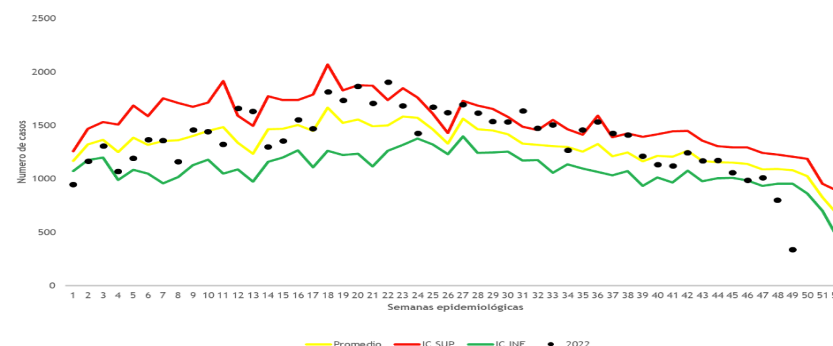
En el análisis del comportamiento de dengue por canal endémico no se tiene en cuenta la semana epidemiológica actual dado que, el periodo de incubación del virus de dengue es de 3 a 14 días, por lo tanto, los casos de esta semana se reflejarán plenamente en la siguiente semana.

Malaria

Análisis epidemiológico nacional

Según el análisis del último periodo epidemiológico, el país se encuentra en situación de seguridad para malaria, como lo muestra el canal endémico (Figura 13).

Figura 13. Canal endémico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 49, 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2022

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas Epidemiológicas; el canal endémico se analiza por el método de media geométrica.

En la semana epidemiológica 49 se notificaron 1 188 casos de malaria, teniendo un acumulado de 68 367 casos, de los cuales 66 903 son de malaria no complicada y 1 464 de malaria complicada. Predomina la infección por *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) con 60,1 % (41 119), seguido de *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) con 38,8 % (26 549) e infección mixta con 1,0 % (699).

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Malaria no complicada

Por procedencia, Chocó (34,0 %); Nariño (14,3 %); Córdoba (13,1 %); Antioquia (10,2 %) y Guainía (6,4 %) aportan el 78,0 % de los casos de malaria no complicada (Tabla 10).

Tabla 10. Casos notificados de malaria no complicada por entidad territorial de procedencia. Colombia, semana epidemiológica 49 de 2022

Entidad territorial	Infección mixta	<i>P. falciparum</i>	<i>P. malarie</i>	<i>P. vivax</i>	n	%
Chocó	365	12631	0	9720	22716	34,00
Nariño	61	7015	0	2462	9538	14,30
Córdoba	37	1323	0	7406	8766	13,10
Antioquia	41	1053	0	5717	6811	10,20
Guainía	40	207	0	4026	4273	6,40
Amazonas	1	11	0	2047	2059	3,10
Risaralda	20	329	0	1582	1931	2,90
Norte de Santander	0	4	0	1819	1823	2,70
Cauca	2	1713	0	66	1781	2,70
Vichada	11	420	0	1060	1491	2,20
Guaviare	8	107	0	1308	1423	2,10
Buenaventura	8	947	0	328	1283	1,90
Bolívar	43	192	0	876	1111	1,70
Exterior	15	110	0	626	751	1,12
Meta	3	40	0	570	613	0,90
Vaupés	0	14	0	165	179	0,30
Caquetá	2	57	0	38	97	0,10
Valle del Cauca	0	13	0	32	45	0,10
Sucre	1	10	0	29	40	0,10
Putumayo	1	9	0	20	30	0,00
La Guajira	0	3	0	20	23	0,00
Desconocido	0	3	0	18	21	0,03
Arauca	0	0	0	14	14	0,00
Cesar	0	1	0	12	13	0,00
Magdalena	0	2	0	11	13	0,00
Casanare	0	1	0	11	12	0,00
Cali	0	1	0	11	12	0,00
Quindío	1	0	0	9	10	0,00
Santander	1	0	0	7	8	0,00
Caldas	0	2	0	5	7	0,00
Huila	0	2	0	5	7	0,00
Atlántico	0	0	0	2	2	0,00
Boyacá	0	0	0	0	0	0,00
Cartagena	0	0	0	0	0	0,00
Barranquilla	0	0	0	0	0	0,00
Santa Marta	0	0	0	0	0	0,00
Total general	661	26220	0	40022	66903	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022
Nota: no se presentaron casos de otros departamentos o distritos

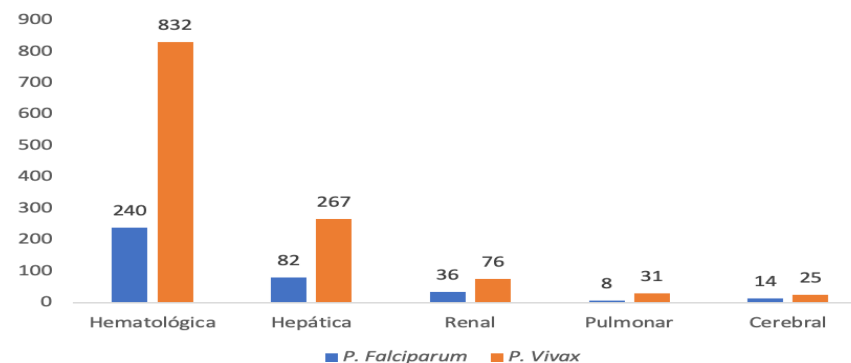
Malaria Complicada

Se han notificado 1 464 casos de malaria complicada, que proceden de 30 entidades territoriales y 42 casos procedentes del exterior. Antioquia, Chocó, Nariño, Meta, Córdoba, Guaviare y Norte de Santander notifican el 73,3 % de los casos.

De los casos de malaria complicada el 62,9 % (921) corresponde a hombres. El 43,6 % (638) se presenta en personas de 15 a 29 años, el 10,8 % (158) se presentó en afrocolombianos, el 17,7 % (259) en Indígenas. Por lugar de procedencia, el 47,0 % (688) proviene de rural disperso. Por régimen de afiliación, el 62,2 % (910) pertenece al régimen subsidiado.

De los casos de malaria complicada causados por *P. vivax* o *P. falciparum*, 67 % (1072) presentaron complicaciones hematológicas, 22 % (349) complicaciones hepáticas, 7 % (112) complicaciones renales, 2 % (39) a nivel pulmonar y 2 % (39) complicación cerebral (Figura 14).

Figura 14. Tipo de complicaciones de malaria, Colombia, semana epidemiológica 49 de 2022



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2022
Nota: En la figura no se incluyen los casos por malaria mixta

A SE 49 se confirman 15 casos de muerte por malaria confirmadas y una tasa de mortalidad para el país de 0,15 muertes por cada 100 000 hab. Los casos de muerte confirmada son: dos procedentes de Tierralta - Córdoba (tasa de mortalidad: 2,06 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Bagadó - Chocó (municipio IREM; tasa de mortalidad: 8,73 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Alto Baudó - Chocó (tasa de mortalidad: 3,47 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Zaragoza - Antioquia (tasa de mortalidad: 3,77 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Cali (tasa de mortalidad: 2,14 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Pueblo Rico (Pereira) (tasa de mortalidad: 5,97 muertes por 100.000 hab.); una procedente de La Virginia - Risaralda (161,53 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Pereira - Risaralda (1,31 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Tumaco (Nariño) (tasa de mortalidad: 0,38 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Santa Bárbara (Nariño) (tasa de mortalidad: 7,54 muertes por 100.000 hab.); una procedente de Olaya Herrera (Nariño) (tasa de mortalidad: 3,96 muertes por 100 000 hab.); una procedente de El Retorno (Guaviare) (tasa de mortalidad: 6,99 muertes por 100 000 hab.), una procedente de Inírida (Guainía) (tasa de mortalidad: 2,86 muertes por 100 000 hab.), una procedente del Exterior (Nigeria - África) notificada por Bogotá.

Comportamientos inusuales

A semana epidemiológica 49, tres departamentos están por encima del número esperado de casos y cuatro departamentos están en situación de alerta para malaria (Tabla 8).

Tabla 11. Distribución de entidades territoriales según el comportamiento epidemiológico de malaria, Colombia, semana epidemiológica 49 de 2022

Comportamiento epidemiológico	Departamentos		
En el comportamiento histórico	Bolívar	Putumayo	Nariño
	Amazonas	Cauca	Putumayo
	Arauca	Cesar	Quindío
	Atlántico	Cundinamarca	Santander
	Boyacá	Huila	Sucre
	Caldas	La Guajira	Tolima
	Caquetá	Magdalena	Valle del Cauca
	Casanare	Norte de Santander	Vaupés
	Vichada		
Situación de alerta	Chocó	Córdoba	Guainía
	Meta		
Mayor al comportamiento histórico	Risaralda		Guaviare

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, 2022 Colombia

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas.

A semana epidemiológica 49, 19 municipios se encuentran en situación de brote; los que más reportan casos son: Guapi (Cauca), Medio Baudó (Chocó), San José del Guaviare (Guaviare) y Apartadó (Antioquia) (Tabla 12).

Tabla 12. Municipios en situación de brote por malaria a semana epidemiológica 49 en Colombia, 2022

Departamento	Municipio	Acumulado	Esperado	Observado
Cauca	Guapi	1279	60	92
Chocó	Medio Baudó	1239	56	109
Guaviare	San José del Guaviare	1050	67	98
Antioquia	Apartadó	924	32	49
Chocó	Cantón de San Pablo	558	34	64
Guainía	Barranco Minas	396	6	20
Antioquia	Cáceres	396	5	19
Antioquia	Turbo	332	16	30
Chocó	Juradó	265	3	9
Chocó	Belén de Bajirá	180	5	9
Chocó	Unión Panamericana	169	9	18
Antioquia	Dabeiba	127	5	7
Antioquia	Carepa	117	5	15
Antioquia	Caucasia	111	4	11
Risaralda	Mistrató	111	3	7
Chocó	Sipí	63	3	3
Antioquia	Arboletes	56	5	7
Córdoba	Planeta Rica	35	3	4
Córdoba	San Pelayo	22	4	10

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2022

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Comportamientos inusuales (municipios IREM)

A semana epidemiológica 49, de los 12 municipios en los que se implementa la IREM, según el análisis de comportamientos inusuales, se encuentran en situación brote el municipio de Juradó y en situación de alarma el municipio de Medio Atrato. Se encuentran en decremento: Atrato, Lloró, Río Quito, Unguía, Buenaventura y Tumaco.

Tabla 14. Comportamientos inusuales, municipios Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria, semana epidemiológica 49, Colombia, 2022

Departamento	Municipios	Acumulado	Esperado	Observado	Comportamiento inusual	Situación epidemiológica
Chocó	Acandí	124	5	7	Ninguno	Seguridad
	Atrato	346	24		Disminución	Seguridad
	Bagadó	1286	90		Ninguno	Seguridad
	Juradó	265	3		Aumento	Brote
	Lloró	684	66		Disminución	Seguridad
	Medio Atrato	800	53		Aumento	Alarma
	Quibdó	5330	341		Ninguno	Seguridad
	Río Quito	494	49		Disminución	Seguridad
	Riosucio	140	11		Ninguno	Seguridad
Buenaventura	Buenaventura	1308	75		Disminución	Seguridad
Nariño	Tumaco	1699	142		Disminución	Éxito

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia 2022

Nota: La información de brotes y alertas se analiza teniendo en cuenta las últimas cuatro semanas epidemiológicas

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo con corte a semana epidemiológica 49 de 2022, con información que incluye: descripción de los casos en tiempo, lugar y persona, análisis de tendencia, comportamientos inusuales, descripción y análisis de indicadores para la vigilancia.

BROTES Y SITUACIONES DE EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA

ALERTAS NACIONALES

Actualización: seguimiento actividades de vigilancia en salud pública en focos de influenza aviar (H5N1) altamente patógena en aves de traspaso en Colombia. Octubre - diciembre de 2022

Con corte al 15 de diciembre de 2022, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), a través de actividades de vigilancia activa y pasiva, ha identificado 36 focos de influenza aviar en aves de traspaso en cinco entidades territoriales (Chocó, Cartagena, Sucre, Magdalena y Córdoba). Estos focos están siendo intervenidos con acciones intersectoriales (salud y ambiental), incluyendo la búsqueda activa comunitaria e institucional de personas con síntomas compatibles, así como la recolección y procesamiento de muestras de individuos que tengan algún criterio de riesgo. No se han identificado casos sospechosos, ni confirmados de influenza aviar en humanos. En integración con las gobernaciones y alcaldías locales se continúa el seguimiento permanente de estos focos.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sistema de Alerta Temprana

Actualización de la situación de viruela símica (mpox) en Colombia, 13 de diciembre de 2022

Desde el 23 de mayo al 13 de diciembre de 2022, el Sistema de Alerta Temprana y la Sala de Análisis Riesgo de mpox del INS ha recibido y gestionado señales, alertas o notificaciones de mpox, de las cuales se han confirmado 3 908 casos y 2 572 casos se han descartado. Las entidades territoriales de notificación con casos confirmados son: Bogotá (1 949), Antioquia (1 121), Cali (315), Cundinamarca (90), Santander (80), Tolima (54), Barranquilla (52), Risaralda (51), Valle del Cauca (28), Meta (27), Caldas (22), Cartagena (15), Quindío (14), Cesar (11), Norte de Santander y Atlántico (9) casos cada una; Córdoba (8); Huila, Cauca, San Andrés

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

y Boyacá (7) casos cada una; La Guajira (5); Nariño (4) casos; Bolívar, Casanare, Sucre y Santa Marta (3) casos cada una; Putumayo (2) casos; y con un (1) caso las entidades de Caquetá y Guaviare. De acuerdo con las fuentes de infección 83,3 % son fuente desconocida, 11 % relacionado con fuente desconocida, 1,7 % son casos importados, 2,4 % relacionados con la importación y 1,6 % son casos en estudio. De los casos confirmados el 96,9 % son de sexo masculino. En seguimiento 66 contactos de casos activos.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Sala de Análisis del Riesgo Nacional. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Enfermedadesemergentes.aspx#dtviruela>

Intoxicaciones por licor adulterado con metanol en Bogotá y Cundinamarca. Diciembre 15 de 2022

Al 15 de diciembre se han notificado 39 casos con fecha de inicio de síntomas entre el 22 de noviembre y el 11 de diciembre de 2022 (35 de Bogotá y 4 de Soacha, Cundinamarca); el rango de edad está entre los 28 y 74 años, con 24 casos fallecidos para una letalidad preliminar del 61,5 %; todos con reporte positivo para metanol y con antecedente de consumo reciente de bebidas alcohólicas tales como: “Rey de Reyes”, “La Cabañita”, “Old John” y “El Capo”. Entre las medidas de control instauradas están la emisión y divulgación de alerta por parte del Invima sobre el consumo de bebidas alcohólicas fraudulentas. El Distrito de Bogotá ha intensificado las acciones de inspección, vigilancia y control a establecimientos que comercializan licor de acuerdo con los lugares de residencia y consumo habitual de los casos. El departamento de Cundinamarca se encuentra realizando incautación de licor adulterado, fraudulento o vendido en los establecimientos que distribuyen bebidas alcohólicas alrededor de la ocurrencia de los eventos y también realiza búsqueda activa institucional para identificación de nuevos casos.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, SIVIGILA

Eventos de control internacional en Colombia

En la semana epidemiológica 49 de 2022 no se reportaron casos o alertas de enfermedad por el virus Ébola, peste bubónica/neumónica, cólera, ni carbunco. Se continúa el monitoreo de alertas y el fortalecimiento de acciones de vigilancia, notificación y respuesta a nivel nacional y subnacional.

Fuente: Sivigila, Sistema de Alerta Temprana – INS

ALERTAS INTERNACIONALES

Actualización Epidemiológica Semanal sobre COVID-19, Organización Mundial de la Salud. Fecha de publicación: 14 de diciembre de 2022.

A nivel mundial, el número de nuevos casos semanales se mantuvo estable (+2 %) durante la semana del 05 al 11 de diciembre de 2022 en comparación con la semana anterior, con más de 3,3 millones de nuevos casos notificados. El número de nuevas muertes semanales aumentó un 10 % en comparación con la semana anterior, con más de 9 700 muertes reportadas. Hasta el 11 de diciembre de 2022, se han notificado más de 645 millones de casos confirmados y más de 6,6 millones de muertes en todo el mundo.

A nivel regional, el número de nuevos casos semanales notificados disminuyó o se mantuvo estable en cinco de las seis regiones de la OMS: la Región de África (-73 %), la Región de Asia Sudoriental (-33 %), la Región de Europa (-11 %), la Región del Mediterráneo Oriental (-2 %) y la Región del Pacífico Occidental (+3 %); mientras que el número de casos aumentó en una región de la OMS: la Región de las Américas (+27 %). El número de muertes semanales notificadas recientemente aumentó en tres regiones de la OMS: la Región de África (+975 %; en parte debido a los informes por lotes de Sudáfrica), la Región de las Américas (+37 %)

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

y la Región del Mediterráneo Oriental (+81 %); mientras que el número de muertes disminuyó en tres regiones de la OMS: la Región de Europa (-17 %), la Región de Asia Sudoriental (-10 %) y la Región del Pacífico Occidental (+5 %).

Variantes de preocupación del SARS-CoV-2 y subvariantes de ómicron bajo monitoreo

Distribución geográfica y prevalencia de VOC

A nivel mundial, del 24 de octubre al 20 de noviembre de 2022, se compartieron 204 995 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. Entre estas, 204 042 secuencias eran la variante preocupante (VOC) de ómicron, lo que representa el 99,5 % de las secuencias notificadas a nivel mundial.

Los linajes descendientes BA.5 siguen siendo predominantes, con una prevalencia del 73,7 % a partir de la semana epidemiológica 46 (14 al 20 de noviembre de 2022), seguidos de los linajes descendientes BA.2, con una prevalencia del 10,4 %. Los linajes descendientes de BA.4 han disminuido en prevalencia, lo que representa el 2,0 % de las secuencias dentro del mismo período de informe. Los linajes XBB y descendientes representan el 3,9 %, tendencia que va en aumento. Las secuencias no asignadas (que se supone que son subvariantes de ómicron) representan el 9,9 % de las secuencias enviadas a GISAID en la semana 46.

Región Africana

La Región de África notificó más de 2 800 casos nuevos, una disminución del 73 % en comparación con la semana anterior. Cuatro (8 %) de los 50 países para los que hay datos disponibles informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con los aumentos proporcionales más altos observados en las Comoras (nueve frente a tres casos nuevos; +200 %), Costa de Marfil (cuatro frente a dos casos nuevos; +100 %) y Malí (tres frente a dos casos nuevos; +50 %). Las cifras más altas de casos nuevos se notificaron en Reunión (1 366 casos nuevos; 152,6 casos nuevos por 100 000; +12 %), Mauricio (447 casos nuevos; 35,1 casos nuevos por 100 000; -89 %) y Kenia (288 casos nuevos por 100 000; casos; <1 caso nuevo por 100 000; +64 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región aumentó en un 975 % en comparación con la semana anterior (en parte debido a los informes por lotes de Sudáfrica), con 129 nuevas muertes notificadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en Sudáfrica (122 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; no se informaron muertes la semana anterior), Mozambique (tres nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; no se informaron muertes la semana anterior) y Reunión (dos nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +100 %).

Región de las Américas

La Región de las Américas notificó más de 836 000 casos nuevos, un aumento del 27 % en comparación con la semana anterior. Catorce (25 %) de los 56 países para los que hay datos disponibles informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con los aumentos proporcionales más altos observados en El Estado Plurinacional de Bolivia (5 786 frente a 1 038 casos nuevos; +457 %). Bonaire (37 vs 11 casos nuevos; +236 %) y Argentina (27 119 vs 12 609 casos nuevos; +115 %). Los números más altos de casos nuevos se informaron en los Estados Unidos de América (448 634 casos nuevos; 135,5 casos nuevos por 100 000; +50 %), Brasil (194 170 casos nuevos; 91,3 casos nuevos por 100 000; +3 %) y Perú (71 516 casos nuevos; 216,9 casos nuevos por 100 000; +15 %).

Región del Mediterráneo Oriental

La Región del Mediterráneo Oriental notificó más de 7 200 casos nuevos, una disminución del 2 % en comparación con la semana anterior. Cuatro (18 %) de los 22 países para los que hay datos disponibles informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con los aumentos proporcionales más altos observados en Libia (16 frente a seis casos nuevos; +167 %), Arabia Saudita (435 frente a 316 casos nuevos; +38 %) y Líbano (430 frente a 329 casos nuevos; +31 %). Los números más altos de casos nuevos se informaron en Catar (3 722 casos nuevos; 129,2 casos nuevos por 100 000; +39 %), Marruecos (823 casos nuevos; 2,2 casos nuevos por 100 000; -18 %) y los Emiratos Árabes Unidos (719 nuevos casos; 7,3 nuevos casos por 100 000; -21 %).

Tema central
Situación Nal.
Mortalidad
Trazadores
Brotes
COVID-19
Tablas

El número de nuevas muertes semanales en la región aumentó en un 81 % en comparación con la semana anterior, con 49 nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en la República Islámica de Irán (21 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +425 %), Arabia Saudita (11 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -21 %) y Afganistán (cinco nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +400 %).

Región europea

La Región Europea notificó más de 962 000 casos nuevos, una disminución del 11 % en comparación con la semana anterior. Nueve (15 %) de los 61 países para los que hay datos disponibles informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con los aumentos proporcionales más altos observados en Albania (130 frente a 69 casos nuevos; +88 %), Montenegro (267 frente a 165 casos nuevos; +62 %) y Dinamarca (9 918 frente a 6 266 casos nuevos; +58 %). Los números más altos de casos nuevos se reportaron desde Francia (366 699 casos nuevos; 563,8 casos nuevos por 100 000; -5 %), Alemania (179 336 casos nuevos; 215,6 casos nuevos por 100 000; -2 %) e Italia (153 948 casos nuevos; 258,1 casos nuevos por 100 000; -32 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región disminuyó un 17 % en comparación con la semana anterior, con 2 586 nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en Francia (478 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +4 %), Italia (475 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -29 %) y la Federación de Rusia (380 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -3 %).

Región de Asia Sudoriental

La Región de Asia Sudoriental notificó más de 24 000 casos nuevos, una disminución del 33 % en comparación con la semana anterior. Dos (20 %) de los 10 países para los que hay datos disponibles informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más y los aumentos proporcionales más altos se observaron en Bangladesh (169 frente a 110 casos nuevos; +54 %) y las Maldivas (19 frente a 14 nuevos casos; +36 %). Los números más altos de casos nuevos fueron reportados por Indonesia (18 587 ca-

sos nuevos; 6,8 casos nuevos por 100 000; -38 %), Tailandia (3 961 casos nuevos; 5,7 casos nuevos por 100 000; -8 %) e India (1 430 casos nuevos; <1 caso nuevo por 100 000; -22 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región disminuyó un 10 % en comparación con la semana anterior, con 388 nuevas muertes reportadas. Los números más altos de nuevas muertes se informaron en Indonesia (246 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -19 %), Tailandia (107 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +2 %) e India (30 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; +88 %).

Región del Pacífico Occidental

La Región del Pacífico Occidental reportó más de 1,4 millones de casos nuevos, un aumento del 3 % en comparación con la semana anterior. Tres (9 %) de los 34 países para los que hay datos disponibles informaron aumentos en los casos nuevos del 20 % o más, con los aumentos proporcionales más altos observados en la República Democrática Popular Lao (335 frente a 218 casos nuevos; +54 %), Camboya (107 frente a 72 casos nuevos; +49 %) y Fiji (102 frente a 76 casos nuevos; +34 %). El mayor número de casos nuevos se notificó en Japón (849 371 casos nuevos; 671,6 casos nuevos por 100 000; +13 %), la República de Corea (420 392 casos nuevos; 820 casos nuevos por 100 000; +13 %) y China (149 674 casos nuevos; 10,2 casos nuevos por 100 000; +2 %).

El número de nuevas muertes semanales en la región aumentó un 5 % con respecto a la semana anterior, con 2 283 nuevas muertes reportadas. Las cifras más altas de nuevas muertes se informaron en Japón (1 358 nuevas muertes; 1,1 nuevas muertes por 100 000; +28 %), la República de Corea (340 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -6 %) y China (337 nuevas muertes; <1 nueva muerte por 100 000; -6 %).

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Semanal sobre COVID-19. Fecha de publicación: 14 de diciembre de 2022. Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---14-december-2022>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Actualización Epidemiológica: Brotes de Influenza Aviar y las implicaciones para la salud pública en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Fecha de publicación: 14 de diciembre de 2022.

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud Animal (OMSA), la temporada epidémica de la Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) continúa con brotes en aves de corral y brotes notificados en aves distintas de las aves de corral, principalmente en las Regiones de Europa y América. En el periodo epidémico actual, el subtipo H5N1 es el predominante y por primera vez se ha registrado una persistencia inusual del virus en aves silvestres durante los meses de verano.

De acuerdo con el patrón estacional de la IAAP, se espera que el número de brotes aumente en los próximos meses y la OMSA recomienda que los países mantengan y refuercen sus esfuerzos de vigilancia, las medidas de bioseguridad en granjas y continúen con la notificación oportuna de brotes de influenza aviar tanto en aves como en especies no avícolas. La calidad de la vigilancia es clave para la detección temprana y la respuesta oportuna ante amenazas potenciales para la salud animal con impacto en la salud pública.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Hasta la semana epidemiológica 49 de 2022, las autoridades de agricultura de Canadá, Chile, Colombia, Ecuador, los Estados Unidos de América, México, Perú y República Bolivariana de Venezuela han detectado brotes en aves domésticas, de granjas avícolas y/o silvestres por virus IAAP H5. La detección de brotes de IAAP en cinco países de América del Sur es una situación nunca registrada con anterioridad. Hasta la fecha, únicamente se ha identificado un caso de Influenza aviar de alta patogenicidad correspondiente a la detección de influenza A (H5N1) en una persona que participó en el sacrificio de aves en una instalación avícola comercial en Estados Unidos, la cual fue notificada el 29 de abril de 2022.

Coordinación intersectorial

El control de la enfermedad en los animales es la primera medida para reducir el riesgo para el ser humano. Por ello, es importante que las acciones de prevención y control, tanto en el sector animal como en el de salud humana, se lleven a cabo de manera coordinada y concertada. Se tendrán que establecer y/o fortalecer mecanismos ágiles de intercambio de información que faciliten la toma coordinada de decisiones.

Vigilancia en humanos

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas directa o indirectamente expuestas a aves infectadas, por ejemplo, tenedores de aves que mantengan contacto estrecho y regular con aves infectadas o durante el sacrificio o la limpieza y desinfección de las granjas afectadas. Razón por la cual se recomienda el uso de equipo de protección personal adecuado y de otras medidas de protección para evitar la transmisión zoonótica en estos operadores.

A fin de identificar de manera temprana los eventos de transmisión en la interfase humano-animal, se recomienda la vigilancia de las personas expuestas. Se recomienda vigilar la aparición de enfermedad tipo influenza (ETI) o de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) en personas expuestas a aves (domésticas, silvestres o en cautiverio) infectadas con virus de influenza durante eventos zoonóticos. Ante la detección de una infección en humanos es primordial la notificación temprana para una investigación e implementación de medidas adecuadas que incluyan el aislamiento y tratamiento tempranos del caso, la búsqueda activa de otros casos asociados al foco, así como identificación de los contactos estrechos para el manejo y seguimiento apropiados.

Diagnóstico por laboratorio en humanos

Las muestras deben ser recolectadas por personal capacitado en cumplimiento de todas las normas de bioseguridad, incluido el uso de equipo de protección personal (EPP) adecuado para los virus respiratorios.

Las muestras recomendadas son del mismo tipo de muestras que se utilizan para la vigilancia de rutina de la influenza. El hisopo nasofaríngeo

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

es el método óptimo de recolección de muestras para las pruebas de influenza. Sin embargo, se puede recolectar una muestra combinada de hisopado nasal y faríngeo o muestras de aspirado. Se debe usar un hisopo estéril de dacrón/nylon para la recolección de muestras. No se recomiendan los hisopos con punta de algodón y con madera, ya que interfieren en el procesamiento de la muestra e inhiben las reacciones de diagnóstico molecular. Los hisopos deben colocarse en un tubo de transporte viral que contenga 3 ml de medio de transporte viral estéril y transportarse en el mismo tubo con medio de transporte viral (MTV).

Se recomienda la recolección de muestras dentro de los 4 días posteriores a la aparición de los síntomas para obtener el mayor rendimiento del virus de la influenza y una mejor detección. No se recomienda el muestreo de contactos asintomáticos, a menos que se considere necesario de acuerdo con las directrices nacionales.

Las muestras deben mantenerse refrigeradas (4-8 °C) y enviarse al laboratorio (central, nacional o laboratorio de referencia) donde deben procesarse dentro de las primeras 24 a 72 horas posteriores a la recolección. Si no se pueden enviar muestras dentro de este período, se recomienda congelar a -70 °C (o menos) hasta que se envíen las muestras (asegurando que se mantenga la cadena de frío).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Brotes de Influenza Aviar y las implicaciones para la salud pública en la Región de las Américas. Fecha de publicación: 14 de diciembre de 2022. Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-brotes-influenza-aviar-implicaciones-para-salud-publica>

Actualización Epidemiológica: Cólera-Organización Panamericana de la Salud. Fecha de publicación: 13 de diciembre de 2022.

En el área del gran Puerto Príncipe, del 02 de octubre de 2022, al 11 de diciembre de 2022, el Ministerio de Salud de Haití, informó un total de 14 777 casos sospechosos en 10 departamentos del país, incluidos 1 262 casos confirmados, 12 709 casos sospechosos internados y 291 defun-

ciones registradas. Esto representa un aumento del 9 % de casos sospechosos (N=1 323), del 7 % de casos confirmados (N=85) y del 3 % en las defunciones (N=10), con respecto a la actualización del 6 de diciembre de 2022. Hasta el 11 de diciembre de 2022, ocho departamentos han confirmado casos (Artibonite, Centre, Grand-Anse, Nord, Nord-Ouest, Ouest, Sud y Sud-Est). Hasta la fecha, la tasa de letalidad entre los casos sospechosos es del 2 %. De un total de 3 128 muestras analizadas por el laboratorio Nacional de Salud Pública, 1 262 fueron confirmados (tasa de positividad 40 %).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Cólera. Fecha de publicación: 13 de diciembre de 2022. Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-colera-13-diciembre-2022>

Meningitis de origen desconocido-México. Organización Panamericana de la Salud. Fecha de publicación: 10 de diciembre de 2022.

El 4 de noviembre de 2022, el Centro Nacional de Enlace (CNE) de México informó a la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) sobre la detección de un conglomerado de 11 casos de meningitis aséptica de etiología desconocida, incluyendo una defunción, todos con antecedente de haber sido sometidos a procedimientos quirúrgicos con administración de anestesia espinal en hospitales privados en la ciudad de Durango, estado de Durango, México.

El 11 de noviembre, el CNE de México compartió información adicional, indicando que el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) confirmó la presencia de *Fusarium* spp. en muestras de líquido cefalorraquídeo en dos de los casos bajo investigación. Durante la investigación, se han establecido varias líneas de investigación, hasta el momento no se ha identificado el origen del brote. La investigación de encuentra en curso.

Desde la notificación de los primeros casos hasta el 8 de diciembre de 2022, se han registrado un total de 71 casos de meningitis, incluidas 23

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

defunciones, relacionadas con este brote. De acuerdo con el comunicado técnico diario, de los 71 casos, 9 tuvieron una presentación clínica grave y están internados en Unidades de Terapia Intensiva. Del total de casos, el 96 % (68) son mujeres, el 90 % fueron mujeres sometidas a procedimientos gineco-obstétricos. El grupo de edad más afectado es el de 25 a 29 años que representa el 33 % de los casos. Respecto a las defunciones, el grupo de edad más afectado es el de 25 a 29 años que representa el 26 % de las defunciones. Solo 3 de los casos corresponden a hombres, uno de ellos menor de 18 años. El 67 % de los casos presentaron signos y síntomas entre el día 0 y el día 10 posterior a la administración de la anestesia espinal, con un máximo de 90 días. Los signos y síntomas más frecuentes son cefalea (96 %), náuseas (42 %) y vómito (34 %), seguidos de rigidez del cuello (32 %), alteraciones visuales (27 %) y fiebre (27 %).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Meningitis de origen desconocido - México. Fecha de publicación: 10 de diciembre de 2022. Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-tecnica-meningitis-origen-desconocido-mexico>

Aumento de incidencia de escarlatina e infección invasiva por estreptococos del grupo A - varios países. Organización Mundial de la Salud. Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2022.

Al 8 de diciembre de 2022, al menos cinco Estados miembros de la Región Europea informaron a la OMS de un aumento de los casos de enfermedad invasiva por estreptococos del grupo A y, en algunos casos, también de escarlatina. También se ha informado un aumento en las muertes relacionadas con esta condición en algunos de estos países. Los niños menores de 10 años representan el grupo de edad más afectado.

La infección por estreptococos del grupo A, comúnmente causa enfermedades leves como amigdalitis, faringitis, impétigo, celulitis y escarlatina. Sin embargo, en raras ocasiones, esta infección puede conducir a una enfermedad invasiva, que puede causar condiciones potencialmente mortales.

El aumento observado puede reflejar un comienzo temprano de la temporada de infección por estreptococos del grupo A, que coincide con un aumento en la circulación de virus respiratorios y una posible coinfección viral que puede aumentar el riesgo de enfermedad invasiva. Este es el contexto del incremento de mezcla de población luego de un período de circulación reducida de estreptococo del grupo A durante la pandemia de COVID-19.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Aumento de incidencia de escarlatina e infección invasiva por Streptococcus del grupo A. Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2022. Fecha de consulta: 16 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429>

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

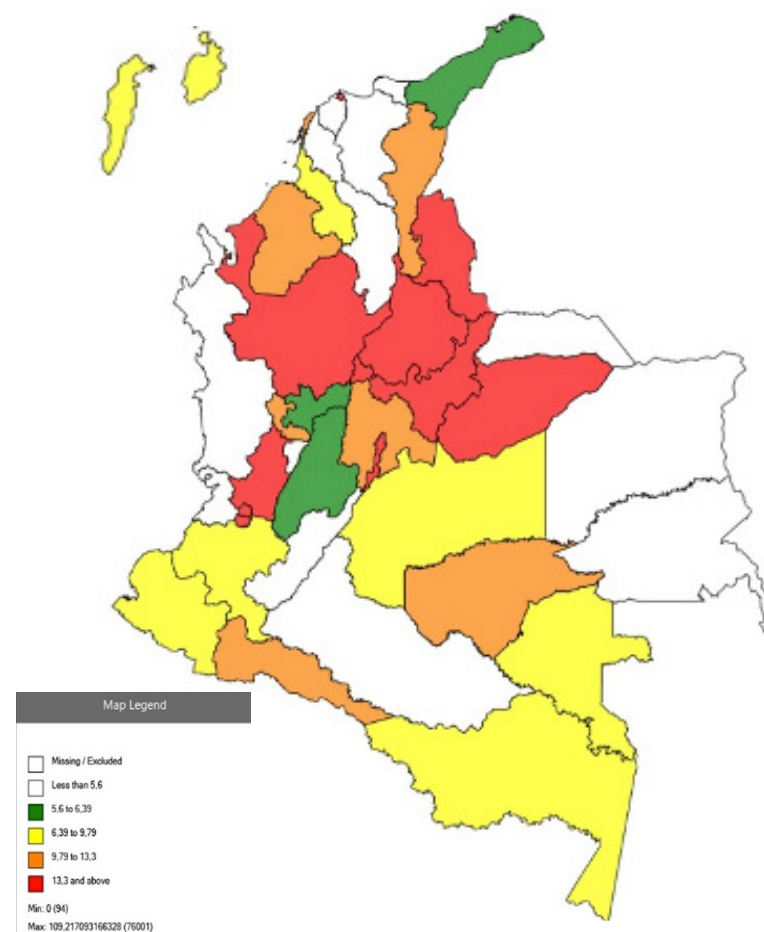
Tablas

SITUACIÓN COVID-19

Entre el 01 de enero de 2022 hasta el 15 de diciembre de 2022 en Colombia se han confirmado por laboratorio 950 102 casos y 10 479 muertes por COVID-19 en 38 entidades territoriales del orden departamental y distrital, afectando 1 122 municipios. La incidencia nacional acumulada para el 2022 es de 1 873,52 casos por cada 100 000 habitantes. El 0,8 % (7 664) de los casos se encuentran activos, procedentes principalmente de Bogotá D.C. con el 38,5 % (2 952), Antioquia con el 17,7 % (1 357); Valle del Cauca con el 12,5 % (962) y Santander con el 6,7 % (518).

Entre las semanas epidemiológicas (SE 46 a 49) en el país se notificaron 15 515 casos de COVID-19 procedentes de 412 municipios y 94 muertes procedentes de 20 municipios. Durante este periodo se registró una incidencia de 34,25 casos por cada 100 000 habitantes y una tasa de mortalidad de 0,18 muertes por cada 100 000 habitantes, que al compararlos con el periodo anterior (SE 45 a 48) se observa un aumento significativo en la incidencia con una variación de 2,2 % y un aumento de la mortalidad con una variación de 1,5 %. Los departamentos y distritos que durante este periodo superaron la incidencia nacional (34,25 casos por 100 000 habitantes) fueron: Antioquia (43,60); Barranquilla (40,44); Bogotá (108,97); Santander (52,35); Cali (109,22) (mapa 2).

Mapa 2. Incidencia de casos confirmados COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 46 a 49, 2022



Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID-19, 2022

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Durante el mismo periodo, la mayor tasa de incidencia por grupos etarios se presenta en las edades de 60 años y más (79,96) casos por cada 100 000 habitantes), así como la mayor tasa de mortalidad (1,07 muertes por cada 100 000 habitantes) (tabla 1); comparado con el período anterior, en todos los grupos de edad se observan incrementos (tabla 14).

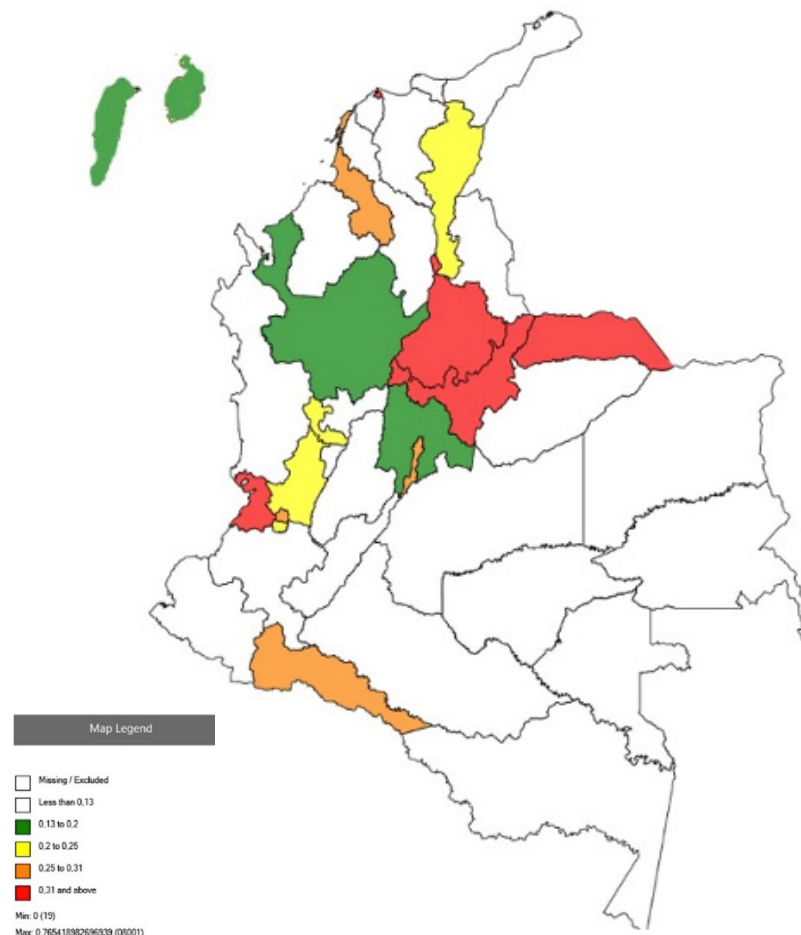
Tabla 14. Indicadores COVID-19 distribuidos por grupo de edad, Colombia, semana epidemiológica 46 a 49, 2022

Grupo de edad	Casos	Incidencia x 100 000 habitantes	Fallecidos	Mortalidad x 100 000 habitantes
0 - 4 años	1043	27,56	0	0,0
5 - 11 años	234	4,36	2	0,04
12 - 19 años	398	6,58	1	0,02
20 - 39 años	4509	33,09	5	0,03
40 - 59 años	4196	41,80	8	0,07
60 años y más	5135	79,96	78	1,07

Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID-19, 2022.

Entre la SE 46 a 49 de 2022 se notificaron 94 muertes por COVID-19 procedentes de 20 municipios. Las entidades con mayor registro de fallecidos fueron: Bogotá con el 24,5 % (23), Barranquilla con el 10,6 % (10), Antioquia y Santander con el 9,57 % (9), y Cali con el 7,4 % (7); mientras que, las que presentaron las mayores tasas de mortalidad (muertes por 100 000 habitantes) fueron: Barranquilla (0,77); Boyacá (0,40); Santander (0,39); Sucre (0,21) y Buenaventura (0,32) (mapa 3).

Mapa 3. Mortalidad por COVID-19 por entidad territorial, Colombia, semana epidemiológica 46 – 49, 2022



Fuente: INS- Sala de Análisis del Riesgo COVID19, 2021.

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

TABLAS DE MANDO NACIONAL

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 49

Decremento
Incremento

Departamento	Accidente ofídico			Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia			Dengue			EAPV			Hepatitis A			IRAG inusitado		
	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado
Amazonas	43	1	1	358	25	26	455	11	46	0	0	0	2	0	0	85	11	8
Antioquia	632	16	17	15.159	1.188	1.220	2.227	434	232	36	2	2	533	32	27	16.163	1.056	1.121
Arauca	112	3	5	669	49	63	1.376	33	128	3	0	0	1	2	0	3.114	367	267
Atlántico	181	3	3	2.930	198	278	3.745	172	707	1	0	1	5	2	0	1.902	123	150
Barranquilla	38	0	2	2.771	163	242	5.343	208	1.386	6	0	1	10	3	0	2.734	182	120
Bogotá	2	0	0	20.371	1.655	1.731	0	0	0	106	9	4	103	13	14	40.778	3.071	3.584
Bolívar	341	5	2	2.391	151	198	3.818	161	371	7	0	1	4	1	0	155	6	23
Boyacá	72	2	4	5.465	426	491	200	42	22	11	1	3	2	1	1	1.970	139	166
Buenaventura	19	0	0	188	7	17	308	11	16	2	0	0	1	0	0	148	5	10
Caldas	77	1	3	3.169	265	245	180	30	19	12	1	1	4	1	0	2.353	134	155
Cali	7	0	0	4.902	404	345	2.845	442	314	19	2	1	217	8	18	7.031	409	652
Caquetá	161	3	2	1.065	80	76	1.048	64	91	1	0	0	1	0	0	1.749	85	91
Cartagena	28	1	1	1.479	78	156	3.126	74	713	3	0	0	1	0	0	309	23	54
Casanare	178	5	1	1.235	95	111	3.917	62	117	4	0	0	20	1	0	527	7	26
Cauca	107	3	1	5.077	408	388	515	26	57	8	2	0	4	1	1	2.272	135	117
Cesar	286	5	6	1.865	146	167	3.600	272	374	5	0	0	5	3	0	2.168	124	252
Chocó	199	4	4	140	10	10	805	11	64	2	0	0	1	0	0	219	13	21
Córdoba	405	7	6	4.347	265	354	3.670	199	274	5	0	0	1	1	0	1.149	71	121
Cundinamarca	81	1	2	11.836	903	1.028	673	230	141	18	2	1	18	3	1	8.461	485	618
Guainía	18	0	0	136	7	17	143	2	2	0	0	0	3	0	0	19	2	6
Guaviare	79	2	1	314	19	25	653	9	188	2	0	0	0	0	0	172	6	12
Huila	135	3	5	5.325	328	535	1.192	354	125	18	4	3	34	3	0	2.382	68	82
La Guajira	150	3	0	1.790	106	147	2.862	61	437	3	2	0	6	1	0	587	21	46
Magdalena	191	4	2	2.110	158	181	936	112	111	0	0	0	7	2	0	573	49	60
Meta	264	5	5	3.294	247	264	5.105	156	431	1	0	0	85	2	6	3.420	204	231
Nariño	106	3	0	6.018	437	506	621	26	43	10	1	1	16	2	1	1.807	107	130
Norte de Santander	384	9	12	4.840	295	472	2.672	370	288	8	0	1	40	23	1	3.234	247	301
Putumayo	154	3	0	1.411	92	127	674	71	76	7	0	0	4	1	0	361	6	30
Quindío	8	0	0	2.452	203	202	151	55	43	4	0	0	19	2	3	479	3	10
Risaralda	44	1	0	3.531	269	273	137	41	25	12	0	2	27	2	6	2.095	118	100
San Andrés	0	0	0	287	25	40	110	7	1	1	0	0	0	0	0	12	1	0
Santa Marta D.E.	49	1	1	1.246	160	112	490	68	78	1	0	0	1	0	0	965	79	60
Santander	199	5	1	5.683	374	512	1.890	244	284	13	1	1	27	4	0	1.148	31	190
Sucre	96	2	3	2.257	164	184	4.771	191	387	5	0	0	2	1	0	789	16	68
Tolima	140	3	2	5.533	410	496	3.086	433	471	7	0	0	2	1	0	1.324	63	70
Valle del Cauca	57	1	0	6.627	540	588	1.190	257	147	10	1	0	39	2	2	2.180	114	206
Vaupés	52	1	0	130	8	11	7	0	5	0	0	0	1	0	0	29	2	4
Vichada	46	1	1	240	14	14	77	5	5	0	0	0	0	0	0	61	5	10
Total nacional	5.141	107	93	138.641	10.372	11.852	64.618	4.944	8.219	351	28	23	1.246	118	81	114.924	7.588	9.172

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotos

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 49

Decremento
Incremento

Departamento	Malaria			Meningitis bacteriana			Morbilidad por IRA consulta externa y urgencias			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en sala general			Morbilidad por IRA hospitalizaciones en UCI			Morbilidad por EDA		
	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado
Amazonas	2.075	262	111	15	1	1	6.894	546	384	163	7	13	0	0	0	4.721	443	358
Antioquia	7.113	403	513	165	16	41	1.279.742	77.076	121.804	42.516	2.376	3.479	5.524	71	399	398.667	34.086	32.711
Arauca	23	4	0	6	1	1	24.438	1.907	1.891	1.760	75	168	26	1	0	6.323	712	539
Atlántico	3	1	0	21	3	6	168.746	9.114	15.238	1.475	107	122	494	57	46	42.455	4.385	3.804
Barranquilla	0	2	0	38	4	2	249.234	12.496	19.626	6.504	288	380	1.587	56	77	60.569	6.751	4.624
Bogotá	0	2	0	216	22	45	1.863.405	103.750	175.879	81.833	4.556	6.599	10.482	473	893	664.887	56.171	45.091
Bolívar	1.186	80	39	29	6	1	151.569	9.801	11.193	3.221	157	239	535	2	65	30.359	2.719	2.791
Boyacá	0	0	0	28	3	2	151.831	10.721	12.622	7.179	318	543	703	17	49	42.708	4.161	2.892
Buenaventura	1.308	96	53	5	1	1	9.773	1.049	849	235	0	31	21	0	0	2.744	534	207
Caldas	9	2	1	9	2	3	79.666	7.678	7.377	3.203	254	213	982	26	51	26.046	3.052	1.954
Cali	13	6	1	80	9	12	274.621	22.577	29.493	6.639	504	465	587	62	28	91.618	14.603	5.696
Caquetá	105	12	2	16	2	3	35.880	2.762	2.575	2.197	101	125	411	1	7	12.916	1.753	1.092
Cartagena	0	1	0	25	3	1	229.328	16.126	16.750	4.400	379	403	1.251	108	113	44.223	4.335	4.167
Casanare	12	2	2	4	1	1	36.449	1.815	2.904	1.214	40	67	129	0	10	10.199	1.051	651
Cauca	1.798	130	110	33	4	5	121.646	8.037	8.850	3.197	97	436	198	1	5	56.320	4.982	5.184
Cesar	15	3	0	15	2	3	126.608	9.439	10.261	7.415	459	573	520	37	15	33.151	4.036	2.119
Chocó	22.931	1.614	1.424	15	1	2	28.666	1.220	2.189	1.474	94	80	68	0	3	8.824	902	581
Córdoba	8.861	422	616	32	2	5	224.488	12.204	17.731	6.876	197	523	629	29	42	41.592	4.246	3.213
Cundinamarca	0	1	0	43	8	4	456.100	21.107	37.082	14.889	675	1.118	2.832	35	242	158.185	11.298	10.130
Guainía	4.330	177	197	0	1	0	2.544	199	133	227	17	12	12	0	0	1.584	105	68
Guaviare	1.514	89	139	2	1	0	6.171	527	440	339	46	28	72	0	2	2.263	270	172
Huila	8	2	1	31	2	4	139.995	9.693	11.439	7.220	295	514	628	29	34	44.379	5.066	3.654
La Guajira	27	11	2	7	2	2	239.338	11.853	28.401	6.234	410	530	457	45	49	37.316	5.524	3.177
Magdalena	14	1	1	13	2	3	103.108	7.123	6.293	4.597	171	223	25	1	3	33.927	3.291	2.561
Meta	739	18	42	12	2	2	94.051	5.207	6.807	4.144	110	318	623	15	69	39.443	4.055	2.866
Nariño	9.705	746	334	47	5	7	160.357	12.824	13.347	6.510	328	594	317	6	17	45.848	7.328	4.113
Norte de Santander	1.900	126	66	46	6	7	162.591	13.606	15.180	10.292	838	847	1.244	62	90	54.892	5.752	3.983
Putumayo	39	7	1	6	3	0	31.338	1.956	2.245	1.939	82	143	108	0	6	10.431	1.205	907
Quindío	12	2	2	3	1	1	66.034	5.193	6.534	844	234	74	293	11	34	26.867	2.540	1.759
Risaralda	1.978	49	113	23	3	2	119.454	8.148	11.305	4.020	241	426	223	10	19	34.922	3.875	2.576
San Andrés	0	0	0	4	1	0	8.629	696	535	607	75	37	17	1	0	3.195	292	209
Santa Marta D.E.	0	2	0	7	1	0	64.600	2.019	3.901	1.549	118	93	632	38	80	11.054	1.178	688
Santander	12	4	1	33	7	2	223.921	12.181	24.081	15.030	927	1.358	2.235	133	198	76.631	7.017	5.837
Sucre	48	6	1	10	1	4	97.966	7.354	8.464	6.619	502	586	1.097	56	102	26.404	2.972	1.650
Tolima	0	1	0	18	5	5	138.782	11.057	12.035	7.284	290	707	695	63	28	44.837	5.972	4.602
Valle del Cauca	54	7	4	43	8	7	175.313	11.867	16.304	3.517	206	293	527	6	18	62.223	7.270	4.308
Vaupés	184	38	19	6	1	3	4.285	182	237	186	7	26	66	0	1	894	85	38
Vichada	1.530	126	65	3	1	0	6.163	261	431	46	7	6	5	0	0	1.533	126	112
Total nacional	67.546	4.455	3.860	1.109	144	188	7.363.724	451.371	662.810	277.594	15.588	22.392	36.255	1.452	2.795	2.295.150	224.143	171.084

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 49

Decremento
Incremento

	Mortalidad perinatal y neonatal tardía			Parálisis flácida aguda			Parotiditis			Síndrome de rubéola congénita			Tos ferina			Varicela		
Departamento	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado	Acumulado 2022	Esperado	Observado
Amazonas	22	2	2	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	62	9	5
Antioquia	841	81	48	13	13	0	699	62	37	87	7	1	433	44	22	2.246	456	108
Arauca	77	5	8	1	1	0	16	1	0	7	0	0	4	2	0	100	24	9
Atlántico	280	26	15	2	4	0	45	10	2	1	2	0	8	0	1	368	180	24
Barranquilla	266	31	9	4	3	0	83	15	2	0	2	0	43	1	3	467	211	36
Bogotá	843	85	83	23	13	0	1.124	371	80	480	7	2	836	75	63	4.139	773	212
Bolívar	238	19	15	2	3	0	43	4	0	1	2	0	22	3	0	260	82	14
Boyacá	138	13	7	8	3	0	170	23	6	31	1	0	28	4	4	699	141	38
Buenaventura	81	6	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	21	5	1
Caldas	97	9	9	0	2	0	86	7	4	4	1	0	6	2	0	445	71	26
Cali	281	27	18	2	4	0	301	23	16	1	2	0	40	7	0	1.190	304	73
Cauquetá	52	6	3	1	1	0	27	3	2	0	1	0	17	2	0	178	45	10
Cartagena	289	22	15	1	2	0	47	3	2	0	2	0	19	2	3	384	114	18
Casanare	79	6	5	1	1	0	24	3	2	10	1	0	3	1	1	249	32	18
Cauca	263	21	16	8	3	0	87	8	7	1	2	0	27	3	1	289	55	10
Cesar	286	25	12	3	4	0	38	6	2	3	2	0	15	6	2	294	97	17
Chocó	202	14	10	1	2	0	1	0	0	2	1	0	65	2	0	50	6	6
Córdoba	396	37	22	2	5	0	135	9	5	1	2	0	6	2	0	800	241	50
Cundinamarca	387	34	32	12	7	0	346	41	28	105	3	1	194	12	14	12	0	2
Guainía	16	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	3	0	0	1.834	319	88
Guaviare	16	1	4	0	0	0	8	0	0	4	0	0	0	0	0	47	7	4
Huila	201	15	12	11	3	0	188	22	10	7	2	0	64	6	3	516	105	39
La Guajira	446	32	26	2	3	0	31	2	2	0	2	0	99	0	0	247	56	11
Magdalena	196	16	15	0	3	0	25	3	2	1	1	0	17	1	0	151	59	5
Meta	208	15	16	5	3	0	66	10	2	13	1	0	38	3	4	435	90	32
Nariño	190	22	17	6	3	0	136	12	8	6	2	0	100	7	5	775	123	45
Norte de Santander	265	24	19	14	4	0	166	18	11	7	2	0	47	16	3	893	185	41
Putumayo	64	5	7	2	1	0	51	4	2	2	0	0	13	0	0	132	24	8
Quindío	64	6	5	0	1	0	49	3	2	10	1	0	15	1	2	507	52	28
Risaralda	124	10	9	3	2	0	58	6	4	1	1	0	12	1	1	545	88	25
San Andrés	10	1	0	0	0	0	3	2	1	1	0	0	0	0	0	41	17	4
Santa Marta D.E.	107	9	5	1	1	0	10	3	0	1	1	0	33	0	0	81	39	9
Santander	242	23	16	7	5	0	90	10	11	0	2	0	119	10	5	716	192	59
Sucre	184	18	11	3	2	0	77	8	6	4	1	0	131	17	7	362	126	39
Tolima	159	13	9	5	3	1	85	10	3	15	1	0	28	4	3	822	110	42
Valle del Cauca	205	19	13	4	4	0	107	11	5	3	2	0	20	1	0	930	158	45
Vaupés	13	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	1	18	3	0
Vichada	33	3	3	1	0	0	4	0	1	1	0	0	3	1	0	17	3	2
Total nacional	7.861	703	520	148	109	1	4.434	713	265	813	57	4	2.514	236	148	21.322	4.602	1.203

Tema central
Situación Nal.
Mortalidad
Trazadores
Brotos
COVID-19
Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 49

Decremento
Incremento

	Chagas agudo		Chikungunya		Difteria		Enfermedad por virus Zika		Intento de Suicidio		Leishmaniasis		Leptospirosis		Mortalidad materna		Mortalidad por EDA en menores de 5 años	
Departamento	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022
Amazonas	0	0	3	0	0	0	2	0	58	79	11	17	7	27	2	1	2	0
Antioquia	1	0	26	4	2	1	4	2	4.450	5.273	1.090	994	494	573	31	19	12	4
Arauca	1	1	3	0	0	0	2	1	176	168	16	15	6	13	3	2	2	4
Atlántico	0	0	8	4	0	0	2	2	696	852	3	0	43	74	14	6	0	2
Barranquilla	0	0	7	0	0	0	3	4	732	901	2	0	64	110	11	7	2	0
Bogotá	0	0	0	0	0	3	7	23	2.812	5.542	0	0	63	127	27	22	2	2
Bolívar	0	0	3	1	0	0	1	6	407	533	341	306	74	146	9	11	3	2
Boyacá	1	0	2	1	0	0	2	1	697	1.073	99	97	17	18	5	6	0	1
Buenaventura	0	0	1	0	0	0	1	0	48	98	21	10	49	70	5	0	0	0
Caldas	0	0	5	0	0	0	0	3	985	1.174	200	79	17	43	5	1	1	0
Cali	0	0	47	13	2	1	56	22	1.322	1.747	3	3	90	203	8	5	0	0
Caquetá	0	0	7	2	0	0	5	1	233	268	224	239	14	111	4	1	1	0
Cartagena	0	0	6	0	0	0	1	0	462	531	2	2	39	270	9	9	3	0
Casanare	8	3	13	1	0	0	1	6	260	305	9	9	23	21	4	0	1	3
Cauca	0	0	3	0	0	0	4	4	740	798	92	42	33	53	8	9	5	3
Cesar	3	0	3	0	1	0	0	0	536	514	39	59	40	99	14	16	8	7
Chocó	0	0	1	0	4	0	0	0	91	78	253	180	53	66	11	12	23	6
Córdoba	0	0	3	1	0	0	4	1	797	1.041	117	169	42	73	17	14	3	0
Cundinamarca	0	0	38	5	0	0	15	15	1.641	2.370	167	182	60	88	20	9	1	0
Guainía	0	0	0	0	0	0	0	0	19	36	36	13	4	5	1	0	1	1
Guaviare	0	0	12	45	0	0	1	2	48	38	462	395	23	45	1	0	1	0
Huila	0	0	23	0	0	0	2	3	813	858	31	4	52	83	4	4	1	0
La Guajira	0	0	1	0	0	0	1	0	227	219	41	20	8	18	29	19	21	28
Magdalena	0	0	2	0	0	0	1	1	298	324	6	7	12	35	14	12	4	4
Meta	0	0	23	2	0	0	5	6	627	781	257	222	16	33	9	3	3	0
Nariño	0	0	1	2	0	1	0	1	1.158	1.487	558	229	24	85	12	14	4	2
Norte de Santander	1	3	10	1	0	0	2	5	833	1.079	318	156	16	72	12	10	4	2
Putumayo	0	0	34	2	0	0	22	1	306	352	209	219	10	20	4	1	2	1
Quindío	0	0	7	1	0	0	1	1	526	536	1	2	42	55	1	2	0	0
Risaralda	0	0	17	2	0	0	3	0	932	1.289	199	82	110	198	4	3	7	5
San Andrés	0	0	1	0	0	0	0	0	11	26	0	0	2	1	0	0	0	0
Santa Marta D.E.	0	0	5	0	0	1	0	0	210	260	12	8	16	71	9	6	2	1
Santander	2	7	42	4	2	0	11	0	1.085	1.548	580	591	48	115	12	1	1	0
Sucre	1	1	4	0	1	1	3	1	389	477	62	121	42	61	9	5	2	3
Tolima	0	0	56	5	0	0	19	10	1.118	1.229	432	145	230	288	6	4	3	1
Valle del Cauca	0	0	14	3	0	2	6	5	1.172	1.362	27	13	177	152	8	1	5	4
Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	0	57	42	45	33	3	2	1	1	2	2
Vichada	0	0	0	0	0	0	1	4	20	32	47	44	2	0	5	5	6	2
Total nacional	18	15	431	99	12	10	188	131	26.992	35.320	6.012	4.707	2.065	3.524	348	241	138	90

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas

Comportamiento de la notificación por departamento a semana 49

Decremento
Incremento

Departamento	Mortalidad por IRA en menores de 5 años		Mortalidad por y asociada a DNT en menores de 5 años		Sarampión/Rubeola		Sífilis congénita		Sífilis gestacional		Tétanos accidental		Tuberculosis		Tuberculosis farmacorresistente		Violencia de género e intrafamiliar	
	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022	Acumulado esperado	Acumulado 2022
Amazonas	3	7	2	5	2	0	4	1	14	15	0	0	49	61	0	4	363	421
Antioquia	70	39	11	10	130	85	134	176	773	1.177	3	1	2.513	3.253	88	103	17.562	15.175
Arauca	2	5	2	4	6	3	36	45	145	170	0	4	113	132	1	3	707	932
Atlántico	10	13	4	5	28	2	49	59	230	394	4	1	358	462	12	17	1.887	2.240
Barranquilla	9	6	2	5	25	15	71	74	284	445	1	2	546	723	12	12	1.440	2.236
Bogotá	70	97	3	4	149	740	158	153	802	929	0	0	1.077	1.281	29	34	11.522	24.568
Bolívar	22	14	10	20	22	2	36	40	178	329	3	3	130	165	2	4	2.019	2.182
Boyacá	7	6	2	2	24	8	12	28	65	122	0	3	118	175	1	2	2.724	3.116
Buenaventura	2	0	0	3	6	1	11	22	100	165	0	0	152	148	13	12	220	359
Caldas	4	3	0	0	43	7	16	19	119	139	0	0	274	300	2	8	2.396	2.848
Cali	12	6	0	4	20	9	30	49	350	449	0	0	1.186	1.386	39	41	6.165	7.735
Caquetá	6	7	5	2	8	3	10	1	76	74	0	0	207	238	6	3	876	987
Cartagena	18	10	3	3	20	1	44	99	175	344	2	0	315	375	4	2	845	1.281
Casanare	3	7	2	4	8	0	13	36	73	143	0	2	158	103	4	5	1.137	786
Cauca	8	5	4	2	29	2	23	29	131	208	0	1	235	250	2	5	2.741	2.978
Cesar	19	11	16	24	25	5	17	38	264	341	3	0	348	397	2	1	2.245	2.013
Chocó	29	33	15	34	10	7	36	62	86	261	1	0	189	179	1	1	265	369
Córdoba	15	13	12	3	35	8	36	32	250	303	5	3	246	257	2	4	2.704	3.556
Cundinamarca	22	24	5	4	66	80	80	64	265	334	1	1	428	441	9	9	7.960	11.284
Guainía	2	3	3	1	1	0	3	13	5	20	0	0	16	21	0	0	78	186
Guaviare	2	3	0	0	2	3	2	5	16	26	1	1	37	43	0	2	228	266
Huila	5	14	3	2	22	7	15	29	140	159	0	0	339	358	3	2	5.108	6.088
La Guajira	39	50	44	78	19	2	43	59	174	384	1	0	317	514	3	3	1.071	1.229
Magdalena	15	16	12	15	17	0	26	34	175	249	2	3	138	162	1	0	1.349	1.445
Meta	13	5	6	10	20	2	35	40	146	222	1	0	488	575	15	12	1.742	2.113
Nariño	11	7	8	2	31	37	20	23	191	244	2	5	155	159	7	3	3.438	3.742
Norte de Santander	11	5	4	4	31	17	37	91	308	492	1	0	520	698	8	14	2.995	3.800
Putumayo	6	4	3	2	7	5	7	6	74	105	1	0	96	105	1	2	868	1.159
Quindío	5	1	0	1	11	6	13	13	90	82	0	0	229	260	2	8	1.797	2.282
Risaralda	7	12	3	4	18	8	9	27	153	191	0	0	521	623	21	38	2.792	3.518
San Andrés	0	0	0	0	1	0	1	1	3	5	0	0	9	14	0	0	84	142
Santa Marta D.E.	3	7	2	4	10	0	10	21	56	120	1	0	173	196	2	2	570	583
Santander	8	3	1	3	44	7	40	86	260	360	2	0	641	884	14	30	4.857	5.855
Sucre	14	6	4	2	18	10	25	21	184	191	0	2	87	109	1	1	1.529	1.894
Tolima	14	11	2	8	25	8	32	48	118	196	0	5	459	513	5	13	2.101	2.596
Valle del Cauca	8	10	11	9	38	13	27	53	237	340	0	0	629	703	16	10	5.590	6.541
Vaupés	3	7	1	0	1	0	1	0	1	3	0	0	11	25	0	0	191	182
Vichada	6	7	12	10	2	0	1	10	14	45	0	0	24	41	0	0	129	214
Total nacional	503	477	217	293	974	1.103	1.163	1.607	6.725	9.776	35	37	13.531	16.329	328	410	102.295	128.901

Tema central

Situación Nal.

Mortalidad

Trazadores

Brotes

COVID-19

Tablas



Semana epidemiológica 48

27 de nov. al 3 de dic. de 2022



Tema Central:

Gestión del riesgo de emergencias en salud pública:
un abordaje integral para la identificación de alertas, su valoración
y la respuesta, Colombia, 30 de noviembre de 2022

Ángela Patricia Alarcón Cruz
aalarcon@ins.gov.co

Expertos Temáticos

Dr. Helver Giovanni Rubiano García
Director General INS

Dr. Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Dra. Diana Walteros
Subdirectora de Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública

Dr. Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del Riesgo y Respuesta Inmediata

Una publicación del

Instituto Nacional de Salud
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública
Publicación en línea: ISSN 2357-6189
<https://doi.org/10.33610/23576189.2022.49>
2020

Situación Nacional
Grupo Sivigila sivigila@ins.gov.co

Mortalidad

Yohanna Caballero Chaparro Rodríguez ychaparro@ins.gov.co
Gerhard Misael Acero Parra gacero@ins.gov.co
Nancy Montielgre Castillo nmontielgre@ins.gov.co
Ana María García Badoya agarcia@ins.gov.co

Eventos Trazadores

Claudia Yareth Rincón Acevedo crincon@ins.gov.co
Edna Carolina Auli Villabona eevillabona@ins.gov.co

Brotos

Gestor sistema de alerta temprana at@ins.gov.co
Ángela Patricia Alarcón aalarcon@ins.gov.co

Tablas de mando

Claudia Marcela Huguett Aragón chuguett@ins.gov.co

Editor

Dr. Hernán Quijada Bonilla hquijada@ins.gov.co

Correctora de estilo

Paola Elena León Velasco pleon@ins.gov.co

Diseño y diagramación

Almendra Cordero acordero@ins.gov.co



Conozca más en
www.ins.gov.co



Consulte
el historial de
publicaciones
del BES

Asistencia técnica de:



**MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**